This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

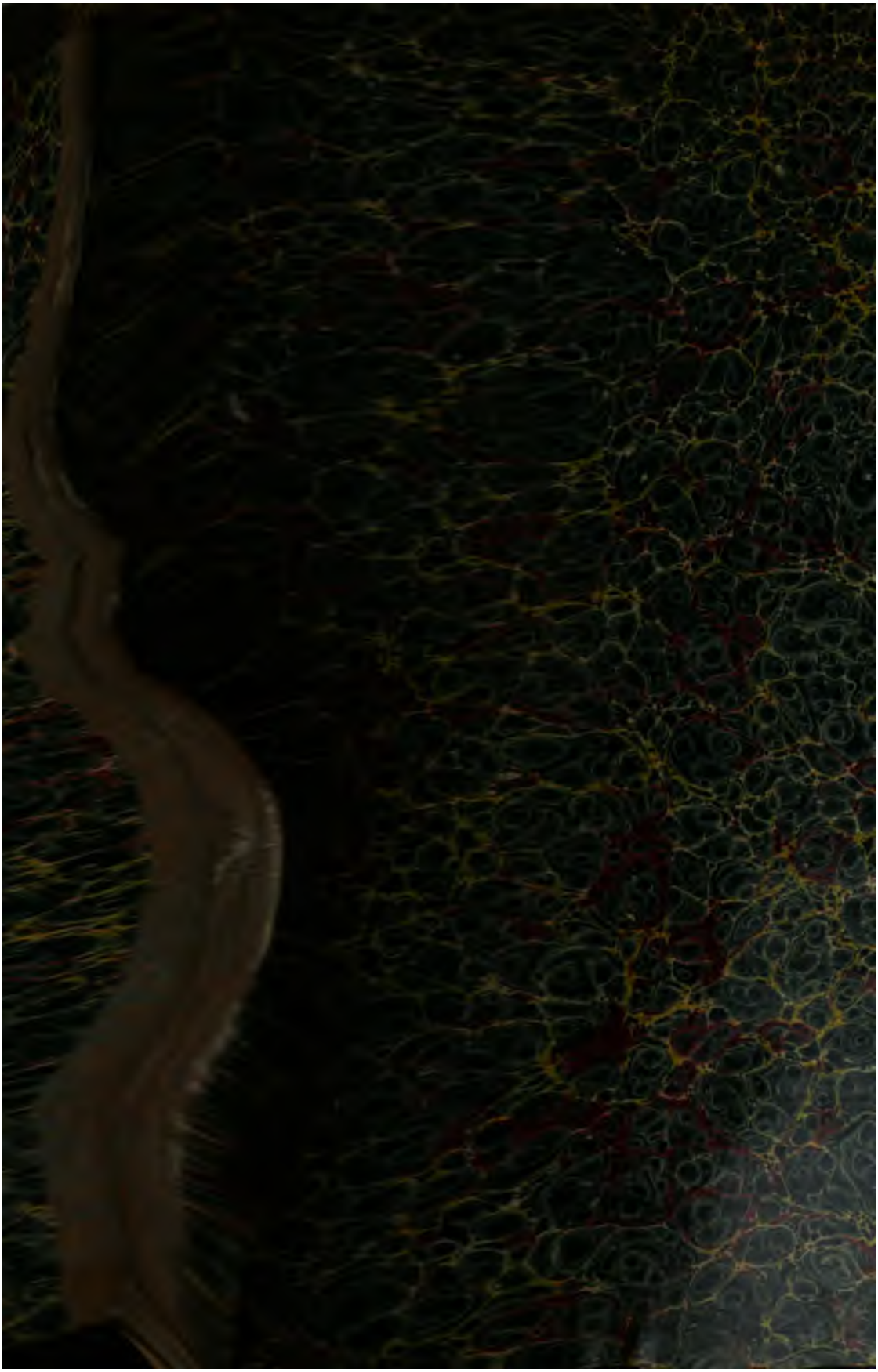
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT · L · I · DOCET

FVNDATA MDCCLXXX
EX DONO



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, DR. C. BECK IN BUDAPEST,
DR. C. BERLINER IN AACHEN, PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL,
DR. E. DELBANCO IN HAMBURG, PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH,
DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL,
PRIVAT-DOZ. DR. FR. KRZYSZTAŁOWICZ IN KRAKAU,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA,
DR. H. C. PLAUT IN HAMBURG.

BOSTON MEDICAL
OCT 24 1904
LIBRARY.

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

ACHTUNDDREISSIGSTER BAND.

1904.

JANUAR BIS JUNI.

MIT 8 TAFELN UND 6 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1904.

CATALOGUED
NOV 15 1904
E. H. B.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vorm. J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis“.)

Seite

Die X-Zellen des spitzen Kondyloms, von P. G. Unna 1
*Verhängnisvolle Launen des Schließmuskels. Ein Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper in Harnröhre und Blase, von Carl Berliner 11
Urethritis bei Oxalurie und Phosphaturie. Oxalurie und Phosphaturie als Symptome der Neurasthenie, von Ernst Delbanco 65
Die wirksamen Bestandteile der polychromen Methylenblaulösung und eine Verbesserung der Spongioplasmafärbung, von P. G. Unna 119
*Mesotanexanthem, von Carl Berliner 132
Beitrag zur systematischen Stellung der Dermatomykosenerreger, von H. C. Plaut 175
*Die Ventilspritze, von Engelbreth 179
Über idiopathische multiple Hautsarkomatose, von Franz v. Krzystalowicz.. 215
*Zur Kasuistik der Mesotanexantheme, von A. Sack 229
Histologische Untersuchungen über einige in der Dermatologie verwendete reduzierende Substanzen, von Vignolo-Lutati 257
*Zwei Fälle von Verbrennung mit Unnaschem Chloral-Camphor-Salbenmull behandelt, von Menahem Hodara 275
Über den Chemismus der Elastinfärbung und des Elastins sowie das spezifische Prinzip der Elastinfarbstoffe, von A. Pappenheim 305. 371. 430
Was lehrt uns die Geschichte der Syphilis-Hydriatik? von J. Sadger 313. 382. 437
Die Verbindung menschlicher Epidermiszellen unter sich und mit dem Corium, von Ludwig Merk 361
Über einige Fälle von Neurodermatitis chronica linearis, von V. Mibelli 413
Weitere Beiträge über die Wirkungsweise des Hexamethylentetramin (Urotropin), von Köhler 426
Zur Frage der sogenannten gutartigen sarkoiden Bildungen der Haut (Boeck), von P. A. Pawloff 469
Die Behandlung des Trippers. Bemerkungen über Acidum nitricum und Crurin, von M. Porosz 485
*Innerliche Darreichung von Ichthyol in drei Fällen von Mykosis fungoides, und hämatologische Untersuchung zweier dieser Fälle um die Zeit ihres Beginnes, von Menahem Hodara 490
Keratosis circumpilaris (Kératose pilaire engaînante), von C. Audry 529
Über einige neue Färbungsmethoden mit Anwendung der Zenkerschen Fixierungsflüssigkeit in der histologischen Technik der Haut, von Mario Pelagatti. 532
Über das gehäufte Auftreten von Talgdrüsen an der Innenfläche des Präputium. Vorläufige Mitteilung, von Ernst Delbanco 536
Casein-Albumoseseife. (Eine neutrale und auch beim Gebrauche neutral bleibende Seife), von Ernst Delbanco 539
Fall von Lichen pemphigoides, von S. Mendes da Costa 581
Zur Infektiosität des Gumma, von Ernst Delbanco 586

Versammlungen.

Seite

Berliner dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin ... 13. 184. 230. 330. 546
Verein für innere Medizin in Berlin ... 15
Dermatologische Gesellschaft in Stockholm. Originalbericht von Dr. Ludwig Moberg-Stockholm ... 16. 180. 332
Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Dr. Arth. Jordan-Moskau ... 77. 136. 388. 444
American Dermatological Association ... 185
Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ... 232
Krakauer dermatologische Gesellschaft ... 545

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt ... 20. 196. 357. 390. 500
Monatsberichte für Urologie ... 20. 337. 458
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ... 21. 144. 284. 393. 502. 554
Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ... 23. 451. 553
Lepra ... 24. 451
Annales des maladies des organes génito-urinaires ... 28. 78. 278. 394. 560
American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases ... 33. 458. 556
Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes 80. 149. 240. 397. 564
Archiv für Dermatologie und Syphilis ... 138. 189. 334. 494. 547. 550
Dermatologische Zeitschrift ... 142. 390. 447
The British Journal of Dermatology ... 145. 197. 338. 454. 557
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis ... 146. 197. 236. 340. 454. 559
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie ... 147. 276. 343. 395. 503
Journal des maladies cutanées et syphilitiques ... 148. 277. 397. 504
Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique 149. 239. 344. 455. 504
La Syphilis ... 199. 398. 505
Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten ... 205
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane ... 233
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle ... 241. 457
Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle ... 242. 456
Clinica dermosifilopathica della r. Università di Roma ... 243
Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie ... 345
Beiträge zur Klinik der Tuberkulose ... 445

Bücherbesprechungen.

Die mangelhafte Geschlechtsempfindung des Weibes, von O. Adler ... 35
Cours de Dermatologie exotique, von E. Jeanselme ... 35
Die Syphilis, deren Verlauf und Behandlung, nebst kurzer Besprechung des Ulcus molle, der Blennorrhoe und des Blennorrhoismus, von Schuster ... 36
Die parasyphilitischen Veränderungen, von S. W. Hermanides ... 36
Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität, von Magnus Hirschfeld ... 37
Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluſs der wichtigsten venerischen Erkrankungen für praktische Ärzte und Studierende, von E. Jacobi ... 82
Therapie der Harnkrankheiten, von C. Posner ... 82
Über die Prognose der Syphilis, von G. Mayer ... 206
Verhütung der Harninfektion, von B. Goldberg ... 206
Leitfaden des Röntgenverfahrens ... 281
Elektrodiagnostik und Elektrotherapie, von Ludw. Mann ... 282
Ethische Forderungen im Geschlechtsleben, von V. Cnyrim ... 282

Seite

Zur Statistik der venerischen Erkrankungen, unter spezieller Berücksichtigung der in der Hautklinik zu Leipzig in den Jahren 1897 bis 1902 inkl. behandelten Patienten, von Clemens Einhaus 283
La Pratique Dermatologique, von Ernest Besnier, L. Brocq, L. Jacquet .. 283
12000 Fälle von Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bericht aus Prof. Fingers Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Allgemeinen Krankenhause in Wien, von Karl Pezzoli und Alexander Porges 285
Die Syringomyelie, von Hermann Schlesinger 286
Die Zellgewebsverhärtungen der Neugeborenen (Sclerema oedematosum, adiposum und Sklerodermie), von Friedrich Luithlen 286
Die gummöse Erkrankung der weiblichen Urethra, von Georg Loewenbach .. 286
Studien über hereditäre Syphilis. II. Teil: Knochenerkrankungen und Bewegungsstörungen bei der angeborenen Frühsyphilis, von Carl Hochsinger 287
Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege, von Georg Liebe, Paul Jacobsohn, Georg Meyer 288
Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik, von E. v. Leyden 288
Die Anwendung der Bakteriologie in der praktischen Medizin, von Richard Kretz 289
Über das Syphilom des Ciliarkörpers, von Th. v. Ewetzky 289
Zur Pathologie und Therapie der Unfruchtbarkeit des Weibes, von Ferdinand Schenk 289
Giorlamo Fracastors Gedicht von der Syphilis oder von der Franzosenseuche, von Heinrich Oppenheimer 289
Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Haut, von Fritz v. Waldheim .. 350
Die praktische Anwendung der Röntgenstrahlen in therapeutischer und diagnostischer Beziehung, von William Allen Pusey und Eugene Wilson Caldwell 351
Handbuch der Hautkrankheiten, von Mraček 402
Gonorrhoe und Ehe, von Kornfeld 403
Les tuberculoses cutanées atypiques (Tuberculides), von Pautrier 460
Les Maladies desquamatives: Pityriasis et Alopécie pelliculaires, von Sabouraud 461
Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten, von Lang 464
Handbuch der Therapie innerer Krankheiten 464
Krankheiten und Ehe, von Senator und Kaminer 466
Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung, von S. Jessner 506
Die Syphilis. II. Teil: Therapie, von S. Jessner 507
Vorlesungen über die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Mannes, von W. Scholtz 508
Die Geschlechtskrankheiten des Mannes, von J. Hastreiter 508
Neue Forschungen über den Marquis de Sade und seine Zeit, von E. Dühren . 509
Therapie der Hautkrankheiten, von Leredde 511
Das Problem der Syphilis und die Legende von der spezifischen Wirkung des Quecksilbers und Jods, von O. Rosenbach 513
Ist die Schutzpockenimpfung mit allen notwendigen Kautelen umgeben? von F. Blochmann 606
Die wichtigsten Hauterkrankungen im Kindesalter, von Al. Monti 607

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über die Plasmazellen, die kleinen Rundzellen und die Zellen der chronischen Entzündungen im allgemeinen, von Arthur Whitfield 197
Das Wachstum der Haare in der Achselhöhle und der angeborene Defekt der Brustmuskeln, von Moritz Schein 334
Über die Plasmazellen, die „kleinen Rundzellen“ und die Zellen der chronischen Entzündung im allgemeinen, von Arthur Whitfield 389

Mikroskopische Technik.

Seite

Härtungs- und Färbungsmethoden von Eiter und organischen Harnsedimenten, von Posner ... 14

Hygiene.

Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Blokusewski ... 20
Stellung der Rechtsordnung zur Gefahr der Geschlechtskrankheiten, von Josef Kohler ... 22
Die geschlechtliche Aufklärung der Jugend, von Hermann Schlesinger ... 22
Geschlechtskrankheiten und Kurpfuscherei, von Hennig ... 23
Geschlechtskrankheiten und Kurpfuscherei, von Karl Alexander ... 24
Petition der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten an den Herrn Reichskanzler, betr. die Schädigung der Geschlechtskranken durch die Kurpfuscher ... 24
Statistisches über Geschlechtskrankheiten in Mannheim, von Heinrich Loeb .. 144
Die Sittenreglementierung. Erste Sitzung der extra-parlamentarischen Kommission, von L. Butte ... 149
Die Prophylaxe der Gaschlechtskrankheiten, von Eduard Richter ... 196
Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ... 232
Die Blennorrhoe der Prostituierten, von Gustav Baermann ... 234
Kurpfuscherei und Geschlechtskrankheiten, von Kade ... 235
Inwieweit können die Krankenkassen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beitragen? von Albert Neisser ... 235
Der Gesundheitszustand der einzeln wohnenden Pariser Kontrollmädchen in dem Zeitraum von 1872 bis 1902 in Beziehung auf Syphilis. Der Einfluſs der mehr oder minder häufigen Sistierungen auf den Gesundheitszustand derselben, von L. Butte ... 239
Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, soweit eine solche durchführbar ist, von Ludwig Weiss ... 244
Die venerische Infektionsgefahr im Knabenalter, von F. C. V. ... 245
Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Eduard Richter ... 337
Die Verbreitung der venerischen Krankheiten, von T. Okamura ... 346
Über die Prophylaxis der venerischen Krankheiten, von N. Ashihara ... 347
Statistik über Ulcus molle bei den Prostituierten, von A. Mori ... 347
Inwieweit können die Krankenkassen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beitragen? von Albert Neisser ... 393
Die Sexuhalhygiene des Alten Testaments, von Wolzendorff ... 394
Übernahme von Bordellen in städtische bezw. staatliche Regie, von Clausmann 452
Geschlechtskrankheiten, Alkohol und Nervensystem, von Hitzel ... 452
Prostitution und ihre volkswirtschaftliche Bedeutung, von Lösch ... 452
Petition, daſs Geschlechtskranke Aufnahme in allen Krankenhäusern finden, und daſs für ihren Bedarf besondere Räume in den Spitälern zur Verfügung gestellt werden möchten, von Bälz ... 453
Das Geschlechtliche in der Jugenderziehung, von Kopp ... 453
Wann dürfen Geschlechtskranke heiraten? von Neisser ... 453
Krankheiten und Ehe, von Senator und Kaminer ... 456
Die gesunde Prostituierte, von H. Gillet ... 456
Die Sittenpolizei, von L. Butte ... 456
Reglementierung, von H. Gillet ... 456
Inwieweit können die Krankenkassen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beitragen, von Albert Neisser ... 503
Die Sexualhygiene des Alten Testaments, von Wolzendorff ... 508
Die Geschlechtskrankheiten des Mannes, von J. Hastreiter ... 508
Unser neues Merkblatt, von A. Blaschko ... 553
Die Diagnose der Blennorrhoe in der Gynäkologie in ihrer forensen Bedeutung, von Max Flesch ... 554
Zur Verbreitung der venerischen Krankheiten, von Holländer ... 555

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Pathogenese und Klassifikation der bullösen Dermatosen. Die Bedeutung der Eosinophilie für die Pathologie dieser Affektionen, von Leredde ... 149
Zur Lehre von den Talgdrüsengeschwülsten, von Richard Kothe ... 190

Seite

Zur pathologischen Anatomie des Herpes progenitalis, von W. Kopytowski ... 191
Von den Erkrankungen der selbständigen Talgdrüsen, von J. Selenew 205
Zur Frage der Glykogendegeneration, von K. Winogradow 205
Hämatologische Untersuchungen bei einigen Dermatosen, von E. Daccó 241
Der Puls bei den tuberkulinisierten Dermopathen, von Campana und Saraceni 244
Die chemischen Urinexponenten beim Stoffwechsel einiger neurodermopathischer Patienten, von Campana und Condelli 244
Einige Faktoren, durch welche exanthematische Dermatosen beeinflufst werden können, von J. Reid 245
Über einige bemerkenswerte Tumorbildungen aus der Tierpathologie, insbesondere über gutartige und krebsige Neubildungen bei Kaltblütern, von Ludwig Pick und Heinrich Poll 246
Das Verhalten der weifsen Blutkörperchen, besonders der eosinophilen Zellen bei einigen Erkrankungen der Haut, des Blutes und bei Infektionskrankheiten, von Reckzeh 246
Die Lymphdrüsen bei einigen Krankheiten mit Hautveränderungen, von Montesano 246
Hautveränderungen in Verbindung mit raschem Knochenwachstum-Lineae albicantes (Les vegetures de croissance, Jules Comby), von W. P. Northrup .. 246
Über eine der fettigen Metamorphose analoge Degeneration des elastischen Gewebes, von L. Jones 246
Über pyämische Hautentzündungen, von A. Lebet 276
Hyperkeratotische und parakeratotische Hautveränderungen, von Sederholm .. 333
Neuere Untersuchungen über die Protozoen als Ursachen von Krankheiten, von J. T. Bowen 342
Sensibilitätsstörungen der Haut bei Lungenerkrankungen, besonders der Tuberkulose, von Goldmann 447
Hämatologische Untersuchungen bei einigen Dermatosen (Ekzem usw.), von Daccó 458
Conception générale des Dermatoses, von L. Brocq 503
Der Einfluls der Bakteriologie auf die Dermatologie, von Max Joseph 556
Die Beziehungen des Ekzems zu Gewebsreaktionen und Änderungen der Konstitution, von Samuel Rothschild 557
Brocqs Ideen über die dermatologische Klassifizierung. Die Frage bezüglich der „Hautreaktionen", von Leredde 564
Die Frage bezüglich der „Übergangsformen", von Leredde 564

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über Hetralin, ein neues Hexamethylentetraminderivat, von R. Ledermann ... 20
Über Gonosan, von Boss 21
Die neue Lichtbehandlung, von Corydon Eugene Rogers 33
Trichophytin und Tuberkulin, von Leredde 80
Über das Trichophytin, von Mario Truffi 80
Der gegenwärtige Stand der Radiotherapie bei den Hautkrankheiten, von Leredde und M. Pautrier 81
Interne Behandlung der Hautkrankheiten, von Leredde 82
Die dermatologische Klassifikation der Blepharitis ciliaris, von E. Terson 85
Argyrosis, von Silex 143
Lichtbehandlung nach Sensibilisierung, von Georges Dreyer 143
Die innere Behandlung der Hautkrankheiten, von Leredde 149
Vergiftungen durch Pikrinsäure, von R. Millaut 149
Galvanokaustische Brenner, von Müllern-Aspergen 184
Anthrasol, von Moberg 184
Radiotherapeutische Beobachtungen, von J. Zeisler 188
Der gegenwärtige Stand der Phototherapie, von F. H. Montgomery 197
Elektrisches Element zur medizinischen Beleuchtung, von L. Imbert 283
Navys phototherapeutischer Apparat 238
Versuch einer Erklärung der Natur und des Charakters der X-Strahlen, von M. L. Heidingsfeld 238
Die interne Behandlung der Hautkrankheiten, von Leredde 240
Ein Besuch im Finsenschen phototherapeutischen Institut in Kopenhagen, von Bellini 241
Die physikalischen Faktoren bei der Lichttherapie, von Barnard und R. Morgan 247
Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie, von H. Rieder 247

Seite
Radiotherapeutische Beobachtungen, von Joseph Zeisler ... 247
Erfahrungen mit Radiotherapie, von H. R. Varney ... 247
Die X-Strahlen bei Krebs und Hautkrankheiten, von Charles W. Allen ... 248
Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen und konzentriertem Licht, von W. Scholtz ... 248
Die Anwendung der X-Strahlen bei der Behandlung von Hautkrankheiten, manchen Formen von Carcinom, des Drüsenapparates und anderen Krankheiten und als schmerzstillendes Mittel, von Francis H. Williams ... 249
Die Röntgenstrahlen in der Therapie, von Milwan K. Kassabian ... 250
Vorschläge zur Radiumtherapie, von H. Strebel ... 250
Über das Wesen und die physiologische Wirkung der Radiumstrahlung und Radiumstrahlen, von D. Turner ... 250
Das Radium und seine therapeutischen Wirkungen, von J. Macintyre ... 251
Therapeutische Versuche mit fluoreszierenden Stoffen, von Tappeiner und Jesionek ... 251
Die Heifsluftbehandlung mit dem Vorstaedterschen Kalorisator, von Fr. Bering 252
Die physiologische Wirkung des Solbades und des kohlensäurehaltigen Solbades, von Hermann Keller ... 253
Vergleichende Untersuchungen über Antistreptokokkensera nebst einigen Bemerkungen über die Kultur und Virulenz der Streptokokken, von Paul Sommerfeld ... 253
Über Unguentum argenti colloidalis Credé, seine Anwendungsweise und Wirkung, von Rommel ... 253
Über das neue Balsamikum „Gonosan", von A. Küsel ... 253
Der therapeutische Wert des Ichthyol- und Jodvasogens und deren Verwendbarkeit in der Praxis, von J. W. Frieser ... 254
Zur Kenntnis und Verhütung des Jodismus, von Fritz Lesser ... 254
Über Jodferratose bei Skrophulösen und Lues, von L. Bardach ... 255
Über Mercuro-Crême, von C. Pezzoli ... 255
Das Nafalan (Retortenmarke) und seine therapeutische Anwendung, von E. Hönigschmidt ... 255
Sublamin in der Behandlung von Hauterkrankungen, von William S. Gottheil 255
Dermatotherapeutische Erfahrung mit Thigenol „Roche", von Hönigschmidt . 256
Über einen neuen Apparat zur Sterilisierung der elastischen Katheter, von N. A. Miskhailoff ... 278
Über Thiosinamin und seine Anwendung, von Alfred Lewandowski ... 290
Die Behandlung von granulierenden Hautwunden, von H. Wagner ... 296
Über Röntgenbehandlung der Hautkrankheiten, von H. E. Schmidt ... 391
Fortschritte in der Lichttherapie, von H. Strebel ... 392
Apparat von Finsen-Reyn, von Speranski ... 444
Die Wirkung der Radiumstrahlen, von Pospelow ... 444
Ernährungstherapie bei Hautkrankheiten, von O. Lassar ... 449
Die Entfernung von Warzen, Mälern und anderen kosmetischen Fehlern des Gesichts, von G. Th. Jackson ... 455
Die Finsen-Behandlung, von S. C. Martin ... 460
Beobachtungen über Finsenlichtbehandlung, von H. John Stewart ... 460
Die durch Kryptogamen hervorgerufenen Krankheiten der behaarten Kopfhaut und die Röntgenstrahlen, von R. Sabouraud und H. Noire ... 565
Die Anwendung der Elektrotherapie bei Dermatosen im 18. Jahrhundert, von Donat ... 565, 566

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Ein Fall von Skorbut mit einigen bemerkenswerten Hauterscheinungen, von P. Thimm ... 90
Über Paludide und einen Fall von Purpura malaria, von M. F. Engman ... 146
Lymphangiektasien der Wange, von C. Bruhns ... 193
Lokale Asphyxie und symmetrische Gangrän Raynauds, von E. R. Jahn ... 290

Seite

Chronische Cyanose mit Polycythämie und Milzvergrößerung; eine neue klinische Einheit, von W. Osler ... 291
Hartes traumatisches Ödem des Hand- und Fußrückens, von Vullich ... 292
Urticaria nach endonasaler Anwendung von Nebennierenextrakt, von Albert Rosenberg ... 292
Ein Fall von gleichzeitiger Urticaria und Malaria, von G. Papakosta ... 292
Über Pellagra in Rumänien, von V. Babes ... 292
Noch einmal die Keime der Pellagra, von Carraroli ... 293
Zur Ätiologie der Pellagra, von Cargano ... 294
Beitrag zur Symptomatologie der Pellagra, von Leon Stefanowitz ... 294
Zur Kasuistik der toxischen scarlatiniformen Exantheme, von Th. Zangger ... 294
Bericht über einen Fall von Lähmung der oberen Extremitäten, wahrscheinlich infolge von Diphtherie unter Begleitung eines (septischen) Ausschlags, von R. E. P. Squibbs ... 295
Ein Fall von Veronal-Vergiftung, von G. F. M. Clarke ... 295
Ein Fall von chronischer Werlhofscher Krankheit, von G. Massanek ... 295
Barlowsche Krankheit (Skorbut der kleinen Kinder), von M. Stofs ... 295
Purpura in der Kindheit, von Arthur Voelcker ... 296
Ein Fall von lymphatischer Leukaemia mit Purpura, von F. C. Shattuck ... 455
Ein Fall von multipler Lymph- resp. Chylangiektasie mit Chylorrhoe, von W. Bornemann ... 496

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Artefiziell erzeugte multiple Hautgangrän, von Strassmann ... 13
Über zwei Fälle von Antipyrinexanthem, von Karl Löwy ... 194
Ein Fall von fingiertem Ausschlage, von W. S. Gottheil ... 238
Beitrag zur Pathologie der Hautverbrennungen. Pathologisch-anatomische und experimentelle Untersuchungen, von G. Scagliosi ... 296
Fälle von Selbstbeschädigung durch Ätzung, von Mandl ... 297
Hysterische Selbstbeschädigung unter dem Bilde der multiplen neurotischen Hautgangrän, von Bettmann ... 297
Fieber, blätterige Abschuppung, masernartiger Ausschlag und Albuminurie als Wirkung von Copaiva, von J. C. Mc Walter ... 298
Jodoformdermatitis, von W. A. Bryan ... 298
Das Oleum cadinum in der Behandlung des Lichen simplex chronicus, von Carle 298
Antipyrinexanthem, von Möller ... 333
Tuberöses Jodkaliumexanthem, das histologisch ein Epitheliom vortäuschte, von D. W. Montgomery ... 340
Ein Beitrag zu den Bromexanthemen, von R. Moriyasu ... 345
Über Entzündungen der Haut, welche durch Primula sinensis hervorgerufen worden sind, von W. Retzdorff ... 393
Zur Kenntnis des Jododerma tuberosum fungoides, von Albert Schütze ... 496
Eine noch nicht beschriebene papulo-exsudative Dermatose nach Pilocarpin-Vergiftung, von H. Hallopeau und Viellard ... 503
Dermatitis pseudo-erysipelatosa des Gesichts nach Anwendung von verdünnter Arnikatinktur, von de Crésantignes ... 505

II. Neurotische.

Residivierender Zoster, von Moberg ... 181
Ein Fall von Syringomyelie, von P. Frolow ... 205
Neurotische Dermatosen, von Blaschko ... 231
Neurotische Exkoriation, von Baum ... 232
Über drei Fälle von Erythema exsudativum multiforme, von R. Crawford ... 298
Erythromelalgie und „Leukomelalgie", von Enrique Vilches ... 298
Über die Heberdenschen Knötchen der Finger, von O. Rosenbach ... 298
Herpes gestationes, von Fritz Callomon ... 299
Ein Fall von Facialisparese im Verein mit Herpes zoster, von E. H. Fraser ... 299
Über einen Fall von Landryscher Krankheit nach Gürtelrose, von Triantafylidés 299

Seite

Ein seltener Fall von Lymphangitis in Komplikation mit strichförmiger Hauterkrankung, von T. Nishimura 345
Über eine besondere Form strichförmiger Hautausschläge, von Felix Pinkus .. 391
Multiple, neurotische Hautgangrän, von Rosenthal 546

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a) Akute Exantheme.

Über Variola, von Melvin 33
Variola und Revaccination, von J. Marshall Day 34
Ein Fall von rezidivierendem variolaartigem Ausschlag als Folge von Impfen, von R. W. C. Pierce 38
Weitere Beobachtungen über die Behandlung der Pocken mittels des Serums von immunisierten Kälbern, von R. S. Thomson und J. Brownlee 38
Guajakol bei der Behandlung der Pocken, von J. J. Ridge 38
Die Behandlung der Variola mit dem Tachyol, von Lazzaro 39
Untersuchungen über die Rotlichtbehandlung der Blattern, von Jay F. Schamberg 39
Die Behandlung der Variola mit rotem Licht, von N. R. Finsen 39
Rotes Licht bei der Behandlung der Variola, von Ino. Brown 40
Über den gegenwärtigen Stand der Frage der Schutzpockenimpfung, und einiges zur Therapie der Pocken, von N. A. Ssaweljew 40
Eine Analyse der Impfstatistik des „Metropolitan Asylums Board“ aus den Jahren 1901 und 1902, von J. E. Sandilands 40
Beobachtungen über Impfschäden und vaccinale Mischerkrankungen, von Leonhard Voigt 41
Über Impfausschläge, von Henry W. Stelwagon 41
Ausschlag an der Vulva im Anschluſs an die Vaccination, von A. B. Sloan 41
Ein neuer, einfacher Impfschutzverband, von Joh. B. Teich 41
Über die Notwendigkeit eines staatlichen Tierlymphe-Instituts für Schottland, von John B. Buist 41
Der Gebrauch von Chloroform bei der Bereitung von Lymphe, von A. B. Green 42
Studie über das Cytoryctes vaccinae, von Foà 42
Die Läsionen der Variola, namentlich diejenigen der Haut, von W. T. Councilman 187
Zur Prophylaxe der akuten Exantheme, von Jaroslav Elgart 300
Zur Scharlachübertragung durch Milch, von K. Ekholm 300
Über Typhus und Scharlach mit spezieller Beziehung auf den diagnostischen Wert der Blutreinkulturen, von Ludw. Hektoen 300
Bakteriologische Blutuntersuchung bei Scharlach intra vitam mit besonderer Berücksichtigung der Streptokokkämie, von Ludwig Hektoen 301
Allgemeine Peritonitis als Komplikation bei Scharlach, von J. H. McCollom und J. B. Blake 301
Die Serumbehandlung bei Scharlach, von Paul Moser 301
Urotropin als Prophylactikum gegen Scharlachnephritis 301
Die Masern, von Remlinger 302
Hyperpyrexie bei Morbillen, von E. Barnes 302
Über die Bedeutung der Koplikschen Flecke als Frühsymptom der Masern, von Karl Manasse 302
Das Koplikssche Frühsymptom der Masern, von Fritz Sippel 302
Coma bei Masern, von N. Pitt 302
Urämie infolge von akuter Nephritis nach Masern, von Ricci 303
Die Notwendigkeit einer Vermehrung der Gelegenheiten zur Hospitalsbehandlung der Masern, von J. H. McCollom 303
Varioloide Varicellen auf Trinidad, von Dickson und Lassalle 303
Varioloide Varicellen, von R. W. Marsden 303
Zur Geschichte der Pocken, von M. Urban 303
Einige Bemerkungen zu der Geschichte der Rezidive bei den Pocken, von W. Ebstein 303
Epidemiologische Studien über Pocken, von F. Sanfelice und V. E. Malato . 304

Seite

Die Variola 304
Über Immunität nach Bestehung der Blattern, von M. Bernstein 304
Die Ätiologie der Variola, von W. T. Councilman, G. B. Magrath und W. R. Brinckerhoff 352
Eine Untersuchung des Pustel- und Blaseninhalts bei Blattern, von Jay F. Schamberg 353
Die Diagnose der Pocken in London 353
Vierzehn Blatternfälle von der Buffaloer Epidemie 1901/02, von D. E. Wheeler 353
Die Pockenerkrankungen in Straſsburg i. E. im Sommer 1903, von Julius Baer 353
Die Variolaepidemie in England in den Jahren 1901/02 353
Phototherapeutische Behandlung der Variola bei den Chinesen, von J. Régnault 354
Die Behandlung der Variola mit rotem Licht, von M. Rodd 354
Thiolum liquidum bei Pocken, von J. S. Kolbassenko 354
Über die Verwendung von reiner Karbolsäure zur Behandlung der Variola, von A. E. Brindley und F. W. Borris 355
Eine Diskussion über die Impfgesetze und die Verhütung der Variola, von McVail 355
Eine Novelle zum Impfgesetz der Niederlande, von Voigt 355
Die modernen Immunitätslehren und die Vaccination, von L. Pfeiffer 356
Die Zwangsimpfung, von Merveille 356
Einige Worte zur Impffrage, von O. Boulengier 356
Zur Impfung, von M. van Langendonck 356
Beitrag zur Impffrage, von Warlomont und Pechère 357
Eine Untersuchung über die Beziehung der Vaccination zur Kindersterblichkeit und zu akuten Kinderkrankheiten, von J. M. Mackenzie 357
Über postvaccinale Hauteruptionen, von M. V. Courtellemont 357
Kontagiöse Pyodermatosen nach der Impfung, von D. Goldschmidt 358
Laboratoriumsuntersuchung der Lymphe, von Adolph Gehrmann 358
Untersuchungen über die Vaccine, von Casagrandi 358
Neuer Lymphbehälter, von Grimm 358
Impfschutzverband, von W. Hesse 359
Zur Technik der Vaccination, von M. K. Soutter 359
Die jüngste Pockenepidemie in den Vereinigten Staaten, von W. Th. Corlett .. 454

b) Chronische Infektionskrankheiten.

α. *Lepra.*

Zur Kenntnis der Paraleprose, von L. Glück 24
Bericht des Ausschusses für staatliche Lepraheime an die amerikanische Gesellschaft für öffentliches Gesundheitswesen, von H. M. Bracken 25
Die Lepra in Jerusalem, von Jeanselme und Jakobsohn 25
Lepra in Ägypten, von F. Engel 26
Korrespondenz, von G. Armauer Hansen 26
Neue Gesetzesbestimmungen über die Behandlung und eventuelle Isolierung der Leprakranken in Rufsland, von K. Dehio 26
Bericht des Leprahospitals (Pleiestiftelsen Nr. 1) in Bergen über die Jahre 1899 bis 1901, von H. P. Lie 27
Die Absonderung der Leprösen, von S. C. Martin 34
Bericht über das Vorkommen des Aussatzes, Lepra etc. in Kamerun, von Ziemann 42
Lepra in Hawaii, von Dole 43
Über die Verbreitung und Bekämpfung der Lepra in Estland, von A. Kupfer . 43
Die Lepra in Japan, von J. Daland 43
Lepra, von Jonathan Hutchinson 43
Schlufsfolgerungen aus Beobachtungen an 220 Fällen von Lepra bei Sudanesen, von T. J. Tonkin 44
Zur bevorstehenden staatlichen Kontrolle über die Leprakranken, von Sadikow 44
Ist die Lepra kontagiös? von M. A. Tschlenow 44
Ist die nervöse oder fleckig-anästhetische Form der Lepra ansteckend? von Reschetillo 45
Eine lepraähnliche Erkrankung der Haut und der Lymphdrüsen bei Wanderratten, von W. K. Stefansky 45
Über eine durch säurefeste Bakterien hervorgerufene Hauterkrankung der Ratten, von Lydia Rabinowitsch 45

Seite

Veränderungen des Kehlkopfes bei Lepra, von Tichonowitsch 78
Sporadische Fälle von Lepra im Bereiche der österreichisch-ungarischen Monarchie, von A. Plumert 138
Die Leprabehandlung, von J. Brault 148
Über eine eigentümliche Form der Hautatrophie bei Lepra (Dermatitis atrophicans leprosa universalis), von Moriz Oppenheim 191
Beitrag zur Histologie der leprösen Haut, von Sakurane 347
Über eitrige Entzündung im Verlaufe der Lepra, insbesondere der Knotenlepra, von T. Sugai 347
Die Behandlung der Lepra, von Ohmann-Dumesnil 405
Ein Fall von Knötchen-Lepra, von J. V. Shoemaker 405
Der Leprabazillus im kreisenden Blute, von L. Napoleon Boston 406
Beobachtungen über Lepra in Japan, Island und Norwegen, von Judson Daland 406
Monolog eines Leprösen, von Albert S. Ashmead 406
Diskussion über die Lepra 406
Zur Kenntnis der Verbreitungsweise der Lepra, von Leopold Glück 407
Zur Ätiologie der Lepra, von G. Turner 407
Zur Bakteriologie der Lepra, von Justyn Karlinski 407
Eine diagnostische Prüfung von 150 Leprafällen, von Jonathan McDonald .. 407
Einiges zur Differentialdiagnose der Hautlepra, von Mathias Hirschberg 408
Die Lepra und ihre klinischen Formen, von Filaretopoulo 408
Ein Fall von makulo-anästhetischer Lepra, von Asselbergs 408
Klinischer Beitrag zur Kasuistik der mutilierenden Lepra, von Mantella 409
Die Behandlung der Lepra, von A. H. Ohmann-Dumesnil 409
Neuseeland und die Cook-Inseln, Lepra einst und jetzt, von J. M. Mason 451
Die Lepra auf Britisch-Guyana; eine Befürwortung der Lepraasyle, von John D. Hillis 451
Die Lepra auf den dänischen Antillen, von Ehlers 451
Bericht aus Molokai, von Goodhue 460
Die Fischbehälter von Hawai als Verbreiter der Lepra, von Albert S. Ashmead 557

β. *Tuberkulose.*

Ausgebreiteter Gesichtslupus, von Möller 16
Lupus follicularis disseminatus, von Möller 16
Tuberculosis verrucosa cutis, von Darier 45
Über bovine Impftuberkulose, von O. Lassar 45
Die gegenwärtige Behandlung der subkutanen Tuberkulose, von Filaretopoulo 46
Erythema papulosum chronicum perstans necroticans, von Delbanco 47
Das Radium in der Behandlung des Lupus, von Trémolières 47
Die Resultate der Phototherapie und die Technik ihrer Applikation beim Lupus, von M. Finsen 47
Licht- und Röntgenstrahlenbehandlung des Lupus, von R. B. Wild 47
Die Heilwirkung der X-Strahlen auf Lupus und maligne Neubildungen, von Thomas J. Buchanan 47
Versuche über Impftuberkulose, von Schütz 48
Zur Wirkung abgetöteter Tuberkelbazillen und der Toxine von Tuberkelbazillen, von Victor Klingmüller 48
Die Behandlung des Lupus vulgaris mit X-Strahlen und ultravioletten Strahlen, von H. Gamlen 48
Die Behandlung des Schleimhautlupus der Nase mit Pyrogallussäure, von Wittmaack 48
Die Behandlung des Lupus mit Kaliumpermanganat, von J. Hall-Edwards ... 49
Seltener Fall von Hauttuberkulose, von Sokolow 78
Über Lupus vulgaris, von W. Schiele 138
Beleuchtung eosinbestrichener Lupusstellen, von Ledermann 231
Eigentümliche Einschlüsse im lupusähnlichen Gewebe, von John T. Bowen ... 237
Der gegenwärtige Begriff der Tuberkulose. Die atypischen Hauttuberkulosen, von Pautrier 243
Ein Fall von Tuberkuliden, von Sée und Druelle 278
Tuberkuliden, von Th. Mayer 330
Ein Fall von Tuberkuliden, von Afzelius 334
Untersuchung einiger in Tokio beobachteter Fälle von Tuberculosis verrucosa cutis, von K. Asahi 345

Seite

Über Lupuscarcinom, von Ashihara ... 347
Über die tuberkulöse Erkrankung der Haut und Schleimhaut im Bereiche der äußeren weiblichen Genitalien, und die Beziehung der Tuberkulose zur Elephantiasis vulvae, von Jesionek ... 409
Mutilierende Formen von Lupus, von A. Brassat ... 410
Ein interessanter Fall von Lupus vulgaris, von R. R. Campell ... 410
Über die Lichtbehandlung des Lupus mit der Finsen-Reynschen Lampe, und die verwandten physikalischen Methoden, von Werther ... 411
Über den Wert der chemischen Strahlen aus der Geisslerschen Röhre bei der Lupusbehandlung, von C. Colombo ... 411
Licht in der Behandlung des Lupus und anderer chronischer Hauterkrankungen, von J. W. Kime ... 411
Die erfolgreiche Behandlung einiger Lupusfälle, von C. Stranser Bowker ... 411
Die Behandlungsmethoden des Lupus, von Doutrelepont ... 411
Über einen durch Exzision behandelten Fall von Lupus der Stirn und des rechten Armes und Ellenbogens, von C. H. Leaf ... 412
Die Behandlung des Lupus und der Alopecia areata, von Dunzelt ... 412
Kaliumpermanganat bei Lupus, von Ellis Pearson ... 412
Die Injektionen von Jodöl bei der chirurgischen Tuberkulose, von Mastri ... 412
Lupus exulcerans nasi et cruris dextri, von Brytschew ... 444
Lupus follicularis disseminatus, von S. Bettmann ... 445
Anderweitige Tuberkulose bei Lupus und Skrophuloderma, von C. Grouven ... 445
Über einen Fall von Lupus der Zunge, von Pelagatti ... 457
Les Tuberculoses cutanées atypiques (Tuberculides), von L. M. Pautrier ... 460
Über einen Fall von Lupus nodularis hämatogenen Ursprunges, von Max Wolters 497
Über die tuberkulöse Natur des Angiokeratoms und über familiäre Tuberkulide, von L. Pautrier ... 499
Beiträge zur Tuberkulose der Haut, von V. Klingmüller ... 500
Ein Fall von papulöser Hauttuberkulose im Anschluß an die Masern, von Gaucher und Druelle ... 504
Lupus vulgaris, von Reiss ... 545

γ. *Syphilis.*

Reinfectio syphilitica, von Schaarwächter ... 14
Vererbung der Syphilis, von Almkvist ... 19
Syphilis insontium, von Charles E. Caldwell ... 33
Multiple Schanker bei Negern, von Lucien Lofton ... 34
Die Syphilis in der Sprechstunde, von C. Aussilloux ... 49
Ist die Syphilis heilbar, von A. Neisser ... 49
Über Selbstmord bei Syphilis, von Alfred Fournier ... 50
Syphilis und Heirat, von C. F. Marshall ... 50
Der Alkoholismus bei den syphilitischen Erscheinungen, von Max Renault ... 50
Die Syphilis der alten Frauen, von Chauffard ... 50
Über eigenartige Parasitenbefunde bei Syphilis. Ihre Bedeutung für die Entstehung, Diagnose und Ausbreitung dieser Infektionskrankheit bei Erwachsenen und Kindern, sowie für die Beziehungen der Syphilis zu anderen Krankheitsprozessen, von Max Schüller ... 50
Über extragenitale Primäraffekte, von Otto Witte ... 51
Zur Verhütung einer bestimmten Art extragenitaler Syphiliseinschleppung, von Franz Weitlauer ... 51
Die papulösen Syphilide und ihre Behandlung, von A. Renault ... 51
Beitrag zur Diagnostik syphilitischer Mundaffektionen, von P. Meissner ... 51
Über Leukoplasie bei sekundärer Syphilis, von Douglas W. Montgomery ... 52
Über erweichte Bubonen der Frühlues, von Max Marcuse ... 52
Lues — Arteriosklerose, von Alban Köhler ... 52
Zur Kasuistik der Herzsyphilis, von Woltke ... 53
Zur Kasuistik der Syphilis der Lungen und der Pleura, von Halpern ... 53
Zur Kasuistik der Visceralsyphilis, von H. Quincke ... 53
Syphilis der Trachea und Bronchi, von L. A. Connor ... 53
Die Splenomegalie bei der erworbenen Syphilis, von Sorrentino ... 54
Die Nierensyphilis, von Alfred Terrien ... 54
Über Nierenentzündung im Frühstadium der Syphilis und deren Behandlung, von Ernst Schlechtendahl ... 55

Seite

Retinitis albuminurica bei Syphilis, von C. Zimmermann 55
Klinischer und anatomischer Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Tumoren des Ciliarkörpers, von Frugiuele..... 55
Ein Fall von syphilitischer Epiphysitis, von W. L. Johnson 56
Über luetische Rheumatoide, von Gustav Singer..... 56
Bemerkungen über syphilitisch-rheumatoide Erkrankungen, von G. Singer..... 56
Ein Fall von Polyarthritis syphilitica, von Willaven 56
Über tertiäre Syphilis, von Neumann..... 56
Zur Statistik der tertiären Syphilis nebst einer Statistik über extragenitale Primäraffekte, von Emil Weber..... 57
Zur Statistik der tertiären Syphilis. Antikritische Bemerkungen von J. Jadassohn 58
Beitrag zur Statistik der tertiären Syphilis, von Georg Lissauer 58
Zur Frage der Plazentarsyphilis, von Franz Hitschmann und Richard Volk 58
Beiträge zur hereditären Spätsyphilis, von Jordan..... 59
Einige Fragen aus der Lehre von der Vererbung der Syphilis, von Düring.... 59
Vererbung der Syphilis und plazentare Übertragung der Variola, von Max Kassowitz 60
Über die Häufigkeit der Gelenkerkrankungen bei Hereditärsyphilitischen, von Hippem..... 60
Syphilis als eine Ursache von Chorea, von L. H. Mettler..... 61
Pathogenese und Prognose der Tabes. Antisyphilitische Behandlung. Mechanische Behandlung der visceralen Störungen der Tabiker. Mechanische Behandlung der spastischen Paraplegien, von Maurice Faure..... 61
Andere Ursachen für Paralyse als Syphilis, von Preston Sights 62
Über syphilitische spastische Paraplegie, von Pierre Marie..... 62
Über die letale Behandlung der Syphilis und speziell über den therapeutischen Wert des Quecksilbers als lokales Antisyphilitikum, von H. Köbner..... 62
Die intramuskuläre Behandlung der Syphilis, von F. J. Lambkin..... 63
Über die Behandlung der Syphilis mit subkutanen Hermophenylinjektionen, von Tschlenow 63
Meine Resultate der epiduralen Einspritzungen durch Punktion des Sakralkanals bei Syphilis und den funktionellen Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane, von Arthur Strauss..... 64
Heilung eines Syphilids des Gesichts durch Lichttherapie (Eisenlicht), von Breiger 64
Röntgenaufnahmen bei einigen Fällen von Knochensyphilis, von Tichonowitsch 137
Über die sogenannte Justussche Hämoglobinprobe bei Syphiliskranken, von Leon Feuerstein..... 139
Ein Fall von syphilitischer Erkrankung des Magens, von Louis Jullien 149
Die Frage von den Quecksilberinjektionen, von Desesquelle..... 150
Zur Pathologie der syphilitischen Initialsklerose des Penis, von S. Ehrmann .. 189
Über Bazillenbefunde bei Syphilis, von Ludwig Waelsch 195
Syphilitische Ulceration bei Neugeborenen, von V. Hutinel..... 199
Kann man die kongenitale polycystische Niere als eine Mifsbildung oder eine syphilitische Dystrophie betrachten? von Bar..... 199
Über intramuskuläre Injektionen von Hydrargyrum aceticum bei Syphilis, von Barthélemy, Lafay, Lévy-Bing..... 200
Ein Fall von rudimentärem syphilitischen Schanker, von Alfred Fournier .. 200
Merkur und Syphilis, von Barthélemy 200
Die Jodöle, von L. Lafay..... 201
Syphilis beim Affen, von Roux und Metschnikoff..... 201
Tertiäre luetische Affektion der Achillessehne, von Alfred Fournier..... 201
Syphilis und Bakteriologie, von Paul Salmon 202
Über den syphilitischen Ursprung der Obliteration der Nase in der frühesten Kindheit, von Almar Raoult..... 203
Über tertiäre Gelenkerkrankungen, von Alfred Fournier 203
Über Jodkalium und Syphilis, von Léon Bizard..... 203
Syphilitische Infektion durch die Neugeborenen in den Gebäranstalten, von A. Tschistiakoff 204
Über Jodöl, von L. Lafay..... 204
Beobachtungen über die Häufigkeit der tertiären Syphilisformen bei der ambulanten Behandlung der Landbevölkerung, von N. Dolgopolow 205

Seite

Zur Kasuistik der kryptogenen Syphilis, von Jakowlew 205
Über die Widerstandskraft der Erythrocyten bei Syphilis, von Jakuschewitsch 205
Über die Prognose der Syphilis, von G. Mayer 206
Die syphilitischen Läsionen der Nabelschnur, von R. Labusquiere 239
Ein Fall von Syphilis mit Manifestationen in den Knochen, Gelenken und in der Haut, sechs Jahre lang mit Tuberkulose verwechselt. Stellung der Diagnose auf Grund des Erfolges einer versuchsweise eingeleiteten antisyphilitischen Behandlung, von L. E. Leredde und M. Pautrier 240
Über einige Fälle von Übertragbarkeit der Syphilis auf den Hund, von Antonelli 244
Die gummöse Erkrankung der weiblichen Urethra, von Georg Loewenbach.. 286
Studien über hereditäre Syphilis. II. Teil: Knochenerkrankungen und Bewegungsstörungen bei der angeborenen Frühsyphilis, von Carl Hochsinger 287
Über das Syphilom des Ciliarkörpers. Eine anatomisch-klinische Studie, von Th. v. Ewetzky 289
Girolamo Fracastors Gedicht von der Syphilis oder von der Franzosenseuche, von Heinrich Oppenheimer 289
Beitrag zur Trombophlebitis luetica im Frühstadium, von Anton Blumenfeld 337
Die Entdeckung der Syphilisvaccine, von L. Butte 344
Die Quecksilberinjektionen, von Desesquelle 344
Über den Ursprung der Syphilis in Ostasien, von Y. Fujikawa 346
Der gegenwärtige Stand der Venerologie, von K. Dohi 346
Über die Behandlung der Syphilis, von M. Sasakawa 347
In welchem Stadium der Syphilis soll die Allgemeinbehandlung mit Quecksilber beginnen? von Y. Tsutrui 347
Syphilis der Affen, von Pospelow 388
Über Impfversuche mit Syphilis am anthropoiden Affen, von O. Lassar 390
Über das Ulcus durum des Collum uteri und über seine ulceröse Form, sowie seine mögliche Verwechslung mit dem Epithelioma uteri, von G. Thibierge 396
Über die Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Merkuriolöl, von G. Laborie 397
Über einen Fall von Syphilis mit angiospastischer Neurose der Finger, von Le Calvé 397
Syphilis nodosa und Gefäßerkrankungen, von Louis Jullien 397
Über die Natur der Tabes, von G. Milian 398
Über intramuskuläre Injektionen von Hydrargyrum bijodatum bei der Behandlung der Syphilis, von Barthélemy, Lafay und Levy-Bing 399
Lungensyphilis, die Tuberkulose vortäuscht, von Berg 399
Über die Prokhorowsche Methode bei der Behandlung Syphilitischer, von Barthélemy und Lévy-Bing 399
Syphilisfälle aus dem Hospital de Saint-Louis, von Ernest Gaucher 400
Über Jodöle, von Lafay 401
Über gebundenes und reines Quecksilber, von Brissonnet 401
Über kolloide Metalle, von Brissonnet 401
Über Hydrargyrum colloidale, von Barthélemy, Lafay und Lévy-Bing 401
Über einen Fall von großen Injektionen von grauem Öl, von Paul Bloch 401
Die Quecksilberbehandlung bei den syphilitischen Nervenerkrankungen, von Babinski 402
Überimpfung der Syphilis auf anthropoide Affen, von Pospelow 444
Über die vaginale spezifische Behandlung schwangerer Frauen, von Hans Vörner 448
Symptomatische Dermatitis infolge von syphilitischer Poliomyelitis, von Saraceni 457
Schankerbehandlung mit kombinierter Lichtbestrahlung, von Corydon Eugen Rogers 458
Wann soll man mit der Behandlung der Syphilis beginnen? von Howard Paxton Collings 459
Über die Syphilis im Altertum, speziell in China und Japan, von Tokujiro Suzuki 467
Augenblicklicher Stand des Kampfes mit der Syphilis in Rußland, von A. Rosenquist 468
Die Vielgestaltigkeit des syphilitischen Schankers der Mandel, von Bellissen .. 468
Die Primäraffekte am Kinn, von Jeanselme 468
Pflege der Mundhöhle bei Syphilis und deren Behandlung durch eine Quecksilberkur, von E. Reif 502
Das Berufsgeheimnis und die venerischen Krankheiten, von L. Butte 504
Die parasyphilitischen Erkrankungen, von George Ogilvie 504

Seite

Über die Maximaldosen bei Quecksilbereinspritzungen, von Audry 504
Syphilis beim Affen, von Metschnikoff und Roux 505
Über Jodöl, von L. Lafay 506
Ein neuer Fall von Metrorrhagie syphilitischen Ursprungs, von E. Ozenne 506
Vorlesungen über die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Mannes, von W. Scholtz 507
Die Syphilide (II. Teil) Therapie, von S. Jessner 507
Über die zeitlichen Grenzen der uterinen Syphilisinfektion, von Rosinski 514
Geburtsstörung durch Narbenstenose des Muttermundes infolge von Syphilis, von G. Woyer 514
Theorien der Übertragung hereditärer Syphilis, von Alfred Schalk 515
Beitrag zur Syphilis der Kinder, von Julian Wiesniewski 515
Über Tabes juvenilis und Lues hereditaria, von C. Hartmann 515
Über die kongenitale Syphilis der Nebennieren, von Keisaku Kokubo 515
Syphilis und Ehescheidung, von P. A. Morrow 516
Bemerkungen zu den Arbeiten von Oppenheim und Löwenbach über Blutuntersuchungen bei Syphilis, von Justus, und Erwiderung auf die vorstehenden Bemerkungen, von O. und L. 516
Syphilis und Berufspflicht, von Dubois-Havenith 516
Der Selbstmord in der Syphilis, von Alfred Fournier 516
Einige interessante Syphilisfälle, von Bleicher 517
Über einige ungewöhnliche Fälle aus der syphilopathischen Klinik, von T. Secchi 517
Klinik für Haut- und Syphiliskranke, von E. Gaucher 518
Etwas über Syphilis, von T. B. van Alstyne 519
Die Syphilide, von Jessner 519
Die Diagnose der Hautsyphilis, von Isadore Dyer 519
Ein Fall von syphilitischem Fieber nach Ileo-Typhus, von Scalese 520
Zwei Fälle als Illustration gewisser Beziehungen zwischen Syphilis und Epilepsie, von H. S. Allen 520
Über Parasyphilis, von G. Ogilvie 520
Ein Beitrag zur pathologischen Histologie der syphilitischen Siebbeinentzündung, von J. L. Goodale 520
Ein ungewöhnlicher Fall von Nasensyphilis bei einem Kinde, und eine Betrachtung über syphilitische Nasentumoren (Syphilomata), von Clement F. Theisen 521
Syphilitische Nekrose des Unterkiefers, von Creutz 521
Über die sogenannte „glatte Atrophie der Zungenwurzel“ und ihr Verhältnis zur Syphilis, von Fritz Lesser 521
Syphilis der Lungen, Lungentuberkulose vortäuschend, von Alfred Stengel .. 522
Beitrag zur Herzsyphilis, insbesondere in Verbindung mit Tabes, von Schuster 522
Tabes incipiens und Syphilis cerebro-spinalis, von Alfred Schittenhelm 522
Zwei Fälle von Heilung der Tabes. Betrachtungen über die Heilbarkeit der sog. parasyphilitischen Krankheiten, von Rob. Duhot 523
Ein Fall von Nieren-Syphilis, von M. Lauterbach 523
Ein Fall von syphilitischer Nephritis bei einem Säugling, von G. Carpenter .. 523
Syphilis der Nieren, von Waclaw Sterling 523
Ein Fall vermutlicher Gummibildungen in der Leber bei einem sechsjährigen Kinde, von Maurice Ostheimer 524
Klinische Studie über den syphilitischen Icterus, von Floria Simeonescu 524
Der Icterus bei den Syphilitikern 524
Einseitige Syphilis des Hodens, Samenstranges, der Prostata und der Samenblase, von R. Duhot 524
Syphilitische Erkrankungen der Gelenke, von E. P. Paton 525
Vaginitis erythematosa syphilitica, von Micucci 525
Polyneuritis syphilitica des Sehapparates, von Rob. Duhot 525
Zur Frage der gummösen Geschwülste der Sclera, von Lotin 525
Über die therapeutische Bedeutung der Exzision des syphilitischen Primäraffekts, von Kazmur Kaku 526
Die Behandlung der syphilitischen Folgeerkrankungen, von Hallopeau 526
Syphilis und Balneotherapie, von Marschalkó 526
Lues gummosa maligna praecox, von Reiss 545
Lues papulosa lenticularis, von Reiss 545
Syphilis tuberosa und Liodermia syphilitica, von Borzecki 545

Seite

Lues papulo-squamosa lenticularis und Lues tubero-serpiginosa exulcerans des Gesichtes, von Borzecki 546
Einige Ergebnisse der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Luetischen, von W. Funke 551
Der syphilitische Primäraffekt der Augapfelbindehaut, von Gutzeit 551
Syphilisbehandlung mit kombinierter Lichtbestrahlung, von Corydon E. Rogers 556
Symmetrische Hautatrophie unter gleichzeitiger Entwicklung von syphilitischen Erscheinungen der Haut und des Nervensystems, von J. A. Fordyce 559
Diagnose und Behandlung der Syphilis bei exotischen Völkern, von Jeanselme 566
Quecksilber bei Syphilis: seine hypodermatische Anwendung gegenüber anderen Methoden, von Eugene Fuller 566
Die Therapie der Syphilis, von F. Weiss 567
Örtliche und allgemeine Behandlung der tertiären Syphilis mit Jodipin, von R. Duhot 568
Die intramuskulären Quecksilbereinspritzungen bei Syphilis, von Trémolières. 568
Die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Hydrargyrum bijodatum in wässeriger Lösung, von A. Breton 568
Die Einspritzungen von Quecksilberbijodür in wässeriger Lösung in der Behandlung der Syphilis, von Emery und Druelle 568
Die Behandlung der Syphilis mit Jodklysmen, von M. v. Zeissl 568
Über Behandlung schwerer Syphilisfälle mit Jothion, von J. Steiner 569

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a) Oberhaut.

Pityriasis rubra pilaris, von Blaschko 14
Dermatitis nodularis psoriasiformis (Jadassohn), s. Parapsoriasis (Brocq), von Möller und Afzelius 16
Acrodermatitis chronica atrophicans (Herxheimer), von Moberg 17
Psoriasis nummularis et crustosa und chronischer Muskel- und Gelenkrheumatismus, von Möller 18
Keratoma hereditarium palmare et plantare, von Möller 18
Sublamine bei der Behandlung parasitärer Kopfausschläge, von William S. Gottheil 34
Pityriasis rubra pilaris Devergie, von Sokolow 78
Epikarin bei Tinea tonsurans, von van Harlingen und Dillard 83
Ein Fall von lokaler Ichthyose, von Znamenski 83
Pityriasis rosea, von O. Lassar 83
Trichophytie, von Jackson 83
Das Säuglingsekzem, von Maurice Boivin 83
Herpes maculosus squamosus, von P. Meissner 83
Zur Frage der inneren Erkrankungen und plötzlichen Todesfälle im Anschluſs an die Heilung eines Säuglingsekzems, von Michael Cohn 84
Ein Fall von akutem Ekzem im Säuglingsalter; Hämatemese; Ulcus duodenale; Exitus letalis, von H. H. Borland 84
Ekzem der Augenlider, von Brocq 85
Die Behandlung des Ekzems bei den kleinen Kindern, von Guida 85
Ekzema impetiginosum und Urticaria durch Staphylokokken hervorgerufen, von R. Campana 85
Ein ungewöhnlicher Bläschenausschlag, von J. Reid 86
Ein Fall von akutem, bullösem Ausschlag bei einem Schlachter, von A. S. Morley und G. H. Ransome 86
Ein Fall von Pemphigus neonatorum, vergesellschaftet mit einer Allgemeininfektion von Staphylococcus pyogenes, von J. C. Miller 86
Klinische, bakteriologische, hämatologische und histologische Bemerkungen über den chronischen Pemphigus, von Secchi und Serra 86
Acne urticata, von Baum 135
Pityriasis rubra pilaris, von Palm 136
Atypische Lokalisation der Psoriasis vulgaris, von Pospelow 136
Psoriasis vulgaris universalis, von Pospelow 136
Pityriasis rubra pilaris, von Sokolow 137
Epidermolysis bullosa hereditaria, von Bettmann 142

Seite

Zur Frage der Beziehungen zwischen Psoriasis und Gelenkaffektionen, von L. Lipman-Wulf ... 142
Akuter Pemphigus contagiosus der Neugeborenen, von G. J. Maguire ... 145
Der Pemphigus neonatorum im Lichte neuerer Untersuchungen, von H. G. Adamson ... 145
Ein Fall von Dermatitis repens (Lee), Larva migrans (Crocker), Hyponomoderma (Kaposi), von H. W. Stelwagon ... 147
Die Acne hypertrophica der Nase und ihre chirurgische Behandlung, von W. Dubreuilh ... 147
Die Frage bezüglich der bullösen Hämatodermatitiden und die dermatologischen Klassifikationen, von Leredde ... 149
Acrodermatitis chronica atrophicans, von Afzelius ... 180
Keratoma hereditarium palmare et plantare, von Schlasberg ... 181
Trichophytia capitis der Kinder, von Sederholm ... 181
Erythema multiforme, von Möller ... 183
Lupus pernio, von Moberg ... 183
Ein Fall von Epidermolysis bullosa mit ungewöhnlichen Erscheinungen, von G. W. Wende ... 185
Eine klinische Studie über 485 Fälle von Erkrankungen der Nägel, von C. J. White ... 186
Bericht über einen Fall von Blastomykosis der Haut, von J. Dyer ... 196
Vorläufige Mitteilung über Pompholix (Dysidrosis) und dessen Auftreten in New Orleans, von J. Dyer ... 186
Ein weiteres Beispiel von einem durch einen Pilz bedingten Leiden, von D. W. Montgomery ... 187
Dermatosen bei Irren. Ein Bericht über Nachforschungen bei den Insassen des Long Island State Hospital for the insane, von J. M. Winfield ... 189
Die Keratosis pilaris und ihre pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Haut, von Ch. Watson ... 197
Ein Fall von unbestimmter Hautinfektion, von J. A. Fordyce und A. D. Mewborn 198
Epidermolysis bullosa, von L. Lilienthal ... 231
Ein Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria, von G. W. Wende ... 237
Die Vergänglichkeit des Wortes „Ekzem", von J. N. Hyde ... 239
Pemphigus und Pemphigoide, von F. Radaeli ... 241
Ekzeme und Ekzemmetastasen mit besonderer Berücksichtigung der Therapie des Ekzems beim Kinde, von d'Amato ... 242
Pityriasis der Nägel mit Mikrosporon furfur; Schwierigkeit, Reinkulturen dieses saprogenen Parasiten zu erhalten, von Campana ... 243
Granulosis rubra nasi, Acne rosacea spuria der Kinder, von Ch. Audry ... 277
Acne necrotica des Thorax und des Rückens, von Sée und Druelle ... 278
Erythrodermie mycosique, von Blaschko ... 330
Wucherungen auf Psoriasisefflorescenzen, von Th. Mayer ... 331
Pityriasis rubra pilaris, von Sederholm ... 333
Zur pathologischen Anatomie des Herpes progenitalis, von W. Kopytowski ... 335
Ein Fall von Erythromelalgie, von F. P. Weber ... 339
Atypische Erscheinungen der Ichthyosis, von M. A. Moses ... 340
Über Erythemato-Sklerosen und ihre pemphigoide Varietät, von Ch. Audry ... 343
Über einen Fall von akuter rezidivierender Ekzematisation der unbedeckten Hautpartien. Pathogenetische Studie, von Leredde ... 398
Über Therapie des Ekzems, von O. Lassar ... 447
Einige weitere Fälle von blastomycetischer Dermatitis, von T. C. Gilchrist ... 454
Pemphigus und Pemphigoide, von F. Radaeli ... 450
Das Ekzem vom Standpunkt des praktischen Arztes, von W. W. Townsend ... 460
Ein „Erythema pustulatum grave (exanthematicum)", von Ludwig Merk und Paul Rusch ... 498
Hyperkeratosis palmaris bei Kobalterzwäschern, von Morgain ... 504
Ein Fall einer eigentümlichen Affektion der Lippenschleimhaut, von J. M. H. Macleod ... 558
Ein Fall von chronischer, symmetrischer, diffuser Hyperämie der Extremitäten (Erythromelie), von H. G. Klotz ... 559
Pityriasis rosea, von H. P. Towle ... 560
Über Hautausschläge, die ihrer Natur nach zwischen der Pityriasis rosea Gibert und den sporiasiformen Seborrhoiden liegen, von L. Brocq ... 569

Seite

Die Psoriasis-Arthropathie, von Darier 570
Aphthen und Herpes bei Kindern, infolge Genusses der Milch von Kühen, die an Maul- und Klauenseuche leiden, von E. F. Brush 570
Die Impetigo, von Darier 571
Über eine eigenartige benigne Streptomycosis bullosa in der Blindenanstalt Könitz bei Bern, von M. Winkler 571
Mitteilung eines Falles von Pemphigus chronicus, von William Frick 571
Die Behandlung des regionären Ekzems, von Gaucher 571
Die Behandlung des vesikulösen Ekzems, von H. Lyle 571
Über Therapie des Ekzems, von Oskar Lassar 571
Ekzembehandlung, von Geo P. Katzenstein 572
Über die besonderen Lokalisationen des Ekzems am Kopf und Rumpf, von Gaucher 573

b) Cutis.

Lichen planus, von Moberg 16
Lichen planus der Extremitäten, von Möller 18
Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus vegetans, von Paul Wiegmann 87
Zur Frage des Tier- und Menschenfavus, von Wandel 87
Über kutane Infektion mit Milzbrandbazillen, von Adolf Treutlein 87
Beitrag zur Kenntnis der Gasgangrän, von Dansauer 87
Über einen durch Röntgenstrahlen symptomatisch geheilten Fall von Mykosis fungoides, von J. P. Marsh 88
Rhinosklerom post trauma, von Hrach 88
Über Rhinosklerompolypen und über eine Experimentalmethode der Diagnostik des Rhinoskleroms, von Pawlowsky 88
Über die atrophische Form von Lichen planus (Lichen planus atrophicus), von Wladislaw Reiss 89
Einiges über das Palmarkeratom und seine Behandlung, von Arnold Sack 89
Fünf neue Fälle von diphtheritischen Panaritien und subepidermischen Diphtherieinfektionen, von Victor Hau und Louis Revol 89
Die Furunkulose, von Gallois 90
Über Furunkulose, von A. C. Miller 90
Bakteriologische Untersuchungen über den Erreger des Ulcus molle, von Egon Tomasczewski 90
Impfungen an Affen mit dem Erreger des Ulcus molle, von Egon Tomasczewski 91
Zur Therapie des weichen Geschwürs und seiner Komplikationen, von Arpád Stenczel 91
Die Behandlung der Abszesse und Bubonen mit Salpeterlösung, von M. Porosz 92
Das rezidivierende Erysipel, von Variot 92
Zur Behandlung des Gesichtserysipels, von Sarcinelli 93
Ein Fall von Elephantiasis Scroti et Penis, von R. Stoney 93
Die Behandlung der Acne vulgaris mittels Röntgenstrahlen, von Ludwig Török und Moritz Schein 93
Eine seltene Form von Akne, durch Röntgenstrahlen geheilt, von E. Schiff ... 93
Über Bäcker-Akne, von Galewski 94
Elf Wochen altes Kind mit Lichen planus-Eruption, von L. Lilienthal 134
Lichen ruber planus, von Pinkus 135
Elephantiasis Arabum, von Bretschow 137
Zur Histologie des Pemphigus vegetans, von St. Weidenfeld 140
Dermatitis herpetiformis, von Moberg 180
Impetigo contagiosa bullosa, von Möller 183
Mykosis fungoides, von Afzelius 188
Lichen ruber verrucosus, von Moberg 185
Bericht über einen Fall von Pellagra, von S. Sherwell 185
Über atrophische Formen des Lichen planus, von W. Reiss 193
Protozoen in einem Falle von tropischem Geschwür („Aleppo-Beule"), von J. H. Wright 236
Beitrag zum Studium der Elephantiasis Arabum, von Carmelo Calderone 241
Fälle von Rhinosklerom; Kulturen eines Bacillus capsulatus; Einfluſs des letzteren auf die Erscheinungen von Fäulnis und peptischer Hidratation, von Lanzi. 243

Seite

Die Dermatitis polymorpha dolorosa oder Dermatitis herpetiformis Düring-Brocq beim Kinde, von Paul Meinet und Maurice Péhn ... 276
Ein Fall von Lichen planus circinatus mit mikroskopischer Untersuchung, von Audry und Dalous ... 277
Ein latero-pharyngealer Abszefs im Anschlufs an einen Furunkel im Nacken, von Ricard ... 277
Lichen planus der Hände, ganz besonders der Handteller, von Th. Mayer ... 331
Lichen planus oder Lupus erythematodes? von Arndt ... 331
Chronisches Ödem der Genitalorgane, von Müller-Aspergen ... 332
Erythema induratum Bazin, von Wechselmann ... 332
Zur Frage der metastatischen Lymphdrüsenerkrankung beim Rhinosklerom, von Alfred Kraus ... 334
Die Blastomykose, von A. Buschke ... 336
Ein Fall von Mykosis fungoides, behandelt mit X-Strahlen, von A. E. Carrier. 341
Ein Fall von Aktinomykosis, von H. J. F. Wallhauser ... 341
Beitrag zum Studium des Pemphigus vegetans-Neumann, von R. Stanziale ... 343
Ein Fall von Lichen verrucosus der Kopfhaut, von Emery und Umbert ... 344
Über eine in der Gegend von Shanghai herrschende Hautkrankheit — Ödema cutis circumscriptum acutum? von H. Yamada ... 346
Rhinophyma, von Bogrow ... 388
Elephantiasis scroti et penis, von Metscherski ... 389
Rhinosklerom, von Sokolow ... 389
Mykosis fungoides, von S. Sereni ... 393
Beitrag zur Kenntnis der Hautblastomykose, von G. Löwenbach und M. Oppenheim ... 499
Lichen planus mit Erkrankungen der Nägel und Lokalisation auf der Conjunctiva palpebrarum, von Gaucher und Druelle ... 505
Ekthyma terebrans, von Th. Mayer ... 546
Über ein eigenartiges lichenoides Exanthem, von Walther Pick ... 553
Perianale Wucherungen, von Charles J. Drueck ... 556
Das erythrodermische Stadium der Mykosis fungoides und die Wirkung der X-Strahlen, von W. A. Jamieson und L. H. Huie ... 557
Die Diagnose der Zungenulcerationen ... 573
Die Behandlung des Panaritium, von E. von Bergmann ... 573
Karbunkel und andere Affektionen, welche bei Barbieren akquiriert werden, von W. A. Hardaway ... 573
Die Karbunkelbehandlung, von B. Brindley-Eads ... 573
Malum malannum, von J. Preuss ... 573
Ein Fall von Staphylomykosis, von K. Zimmermann ... 574
Die Polymyositis, die Dermatomyositis und die Dermatomucomyositis, von R. Romme ... 574
Aktinomykose, von Louis Dor ... 574
Ein Fall primärer Hautaktinomykose, von Wilhelm Dreyfus ... 574
Untersuchungen über den Madurafufs, von Polverini ... 575
Gibt es ein Botryomykom? von Bosc und Abadie ... 575
Klinischer Bericht über einen Fall von Hautblastomykose infolge zufälliger Inokulation, von Newton Evans ... 575
Hautaktinomykose des Fingers, von A. Sicard ... 576
Die Morphologie und Biologie des Parasiten von einem Falle allgemeiner Blastomykose, von F. J. Otis und Newton Evans ... 576
Die Berufskrankheit „Akne", von Westphal ... 577
Bericht über das gleichzeitige Auftreten von zwei akut entstandenen Hautaffektionen, von H. W. Syers ... 577
Über pustulöse Typhusroseola nebst bakteriologischen Untersuchungen, von E. Birnbaum und H. Weber ... 577
Zwei Fälle von primärem und isoliertem Lichen ruber planus buccalis, von Arnold Sack ... 577
Zur Histopathologie des Lichen planus (Wilson) der Schleimhäute, von F. Poor 578
Zur Behandlung des Lichen planus, von Jos. Zeisler ... 578
Lichen progenitalis, von J. Broers ... 578
Schwerer Fall von Erysipel des Beines im Anschlufs an Ulceration; Behandlung mit Antistreptokokken-Serum; Heilung, von E. H. Blake ... 579
Neuere therapeutische Versuche beim Erysipel, von Robert Pollatschek ... 579

Seite
Über Elephantiasis, von W. O. Roberts 579
Die Behandlung der Elephantiasis scroti, von Marques 580
Elephantiasis und ihre Behandlung, von William Elder und Edwin Matthew 580

Progressive Ernährungsstörungen.

a) Maligne.

Die Ätiologie der Neoplasmata, von K. W. Monsarrat 94
Histologische Beobachtungen über die infektiösen Granulome, von Secchi 95
Bakteriologische Untersuchungen bösartiger Geschwülste, von Roberto Alessandri 95
Zur Röntgenbehandlung von Tumoren, von Alfred Exner 95
Diskussion über die Behandlung maligner Geschwülste mit X-Strahlen 95
Formalin bei der Behandlung des Krebses, von M. Powell 96
Weitere Beobachtungen über die Behandlung des Ulcus rodens mit X-Strahlen, von J. H. Sequeira 96
Weitere Beobachtungen über den Einfluſs der Röntgenstrahlen auf Sarkome, von William Coley 96
Einige Erfahrungen mit den X-Strahlen in therapeutischer Beziehung. — Bericht über die Heilung eines Falles von alveolärem Melanosarkom, von Edwin Walker 97
Ein Fall von primärem Melanosarkom des Augenlides, von A. W. Lotin 97
Über chorionepitheliomartige Wucherungen beim Manne, von Julius Steinhaus 151
Über einen Fall von malignem Plasmom. Vorläufige Mitteilung von Rudolf Hoffmann 196
Hautcarcinom nach einem Trauma, von Buschke 230
Multiples hämorrhagisches idiopathisches Hautsarkom, von Ledermann 231
Epitheloide Hauttumoren, von Möller 333
Über einen Fall von Pagets Disease des Nabels, von T. C. Fox und J. M. H. MacLeod 338
Beiträge zur Pagetschen Erkrankung, von J. Fabry und H. Trautmann 495
Carcinom in Australien; ein Vergleich mit anderen Ländern nebst einer spezifischen Behandlungsart zur Verhütung und Bekämpfung der Krankheit, von G. C. Adams 608
Über die Bedeutung des Vorkommens von Carcinom im Tierreich, das Wesen der Mitosen und die Übertragbarkeit des Leidens, von E. F. Bashford und Murray 609
Einige Arbeiten über die Pathogenese des Krebses 609
Das Narbencarcinom, von Heinrich Mohr 610
Heilung des Krebses durch die Anwendung der physikalischen Therapie, von Rivière 610
Die X-Strahlen in der Behandlung des Krebses, von Th. Tuffier 610
Parasitäre Epitheliome, von F. J. Bose 610
Die Theorie eines parasitären Ursprunges des Krebses, von H. G. Plimmer ... 610
Das Verhalten des Krebses innerhalb von Nerven- und trophischen Bezirken, von G. L. Cheatle 610
Eine Studie über die histologischen Veränderungen beim Epitheliom nach Röntgenbestrahlungen, von J. Clark Stewart 611
Epitheliom der Nase behandelt mit Röntgenstrahlen und Jodkalium, von Hall-Edwards 611
Zwei Fälle von Ulcus rodens, von V. Casoli 612
Ein Fall von Ulcus rodens, von J. C. O'Day 612
Ein Fall von idiopathischen multiplen Hautsarkomen, von Franciszek Krzysztalowicz 612
Bericht über einen Fall von Sarcomatosis cutis nebst einer analytischen Zusammenstellung von 50 anderen, aus der neueren Literatur gesammelten Fällen, von T. C. Wilson und F. J. Kalteyer 613
Über subunguale Sarkome, von Johs. Roth 613
Spätresultate der Röntgenbehandlung bei Sarkomen, von William B. Coley .. 614
Angeborene Hypertrophie des linken Beines und der linken Skrotalhälfte, von Albert Mouchet 614

b) Benigne.

Seite

Molluscum fibrosum, von Suchow ... 77
Über einen Fall von Epitheliom des Rete Malpighii der rechten Thränendrüsengegend bei einem zwölfjährigen Mädchen, von Magni ... 97
Eigentümliche lymphoide Infiltration der Haut bei einem Knaben, von Chirivino 98
Das Keloid und seine Behandlung, von Darier ... 98
Umfangreiches Fibrom des Nervus vagus dexter bei Fibromatosis nervorum, von R. Rubesch ... 99
Ein Beitrag zur Entstehung des Angioma cavernosum, von Josef Sendrö ... 99
Zur Behandlung sog. inoperabler Gesichtsangiome, von Weischer ... 99
Über das arterielle Rankenangiom des Ohres, von Emil Fleischl ... 99
Zwei neue Fälle von Acanthosis nigricans, von Otto Hess ... 99
Über eine gewisse Form von Xanthomen oder „pilzförmige Geschwulst", von W. Moser ... 99
Ein Fall von Xanthoma tuberosum im Kindesalter, von F. Forday ... 100
Xanthelasmoidea bei einem Erwachsenen, von A. Christie Reid ... 100
Multiple Angiome, von A. Post ... 146
Fibroma molluscum, von Sederholm ... 182
Adenoma sebaceum, von Buschke ... 230
Plane und papilläre Warzen, von Blaschko ... 232
Über Schwielen bei Marmorarbeitern, von Ancian ... 277
Lymphangioma capillare varicosum Török, von Buschke ... 331
Multiple Keloide, von Müller-Aspergen ... 332
Zur Lehre von den Talgdrüsengeschwülsten, von Richard Kothe ... 334
Ein Fall von Adenoma sebaceum s. Naevi symmetrici faciei, von K. Dohi ... 348
Hypertrophie und multiple Cystadenome der Schweifsdrüsenknäuel, von P. Thimm 494
Über Pseudoxanthoma elasticum, von Werther ... 494
Keratoma hereditarium palmare et plantare, von J. Böhm ... 500
Ulcus rodens faciei, von Reiss ... 545
Fluktuierende Geschwülste, von Reiss ... 545
Multiple Hautkeloide, von Reiss ... 545
Hidrocystoma nasi, von Pincus ... 546
Über einen Fall von multiplen, geschwulstähnlichen, aus Aknepusteln hervorgegangenen Keloiden, von L. E. Leredde und L. M. Pautrier ... 565
Über Schweifsdrüsentumoren, von Oscar Klauber ... 614
Die Hühneraugen und die Warzen ... 615
Die Behandlung von Gefäfstumoren mit Injektion von heifsem Wasser, von John A. Wyeth ... 615
Bericht über einen Fall von Fibroma molluscum, von Henry G. Anthony ... 615
Das Molluscum contagiosum und die papillomatösen Syphilide, von Darier ... 616
Papillom des Limbus conjunctivae, von George H. Heilmuller ... 616
Adrenalin bei Addisonscher Krankheit, von H. M. Raven ... 616
Hochgradige Hautverfärbung nach Injektion von Nebennierenextrakt, von A. Schücking ... 616
Ochronosis: Pigmentbildung der Knorpel, der Sclera und der Haut bei Alkaptonurie, von W. Osler ... 617
Ein Fall von gelungener Entfernung einer vergröfserten Milz mit gedrehtem Stiel, adhärent der rechten Seite des Beckens, bei einer Frau mit zahlreichen Knotenbildungen und Pigmentierungen der Haut, von J. Clarence Webster 617

c) Pigmentanomalien.

Ein Fall von Bronze-Diabetes, von G. Parker ... 100
Morbus Addisonii, von Afzelius ... 182

Regressive Ernährungsstörungen.

Idiopathische Hautatrophie, von Palm ... 14
Atrophische Flecke, von Afzelius ... 16
Über chronische Beingeschwüre, von F. Ward Langstroth ... 101
Über die chirurgische Behandlung der Ulcera varicosa cruris, von Brault ... 102
Ein Fall von Geroderma genito-atrophicum, von Bueri ... 102

Seite

Zur Entstehung der Glatze, von Moritz Schein ... 102
Über die Entstehung der Glatze, von Meyer ... 103
Bemerkungen zu dem Artikel des Herrn Dr. Meyer „Über die Entstehung der Glatze", von Moritz Schein ... 103
Besondere Fälle von atrophierender Alopecie, von Klingmüller ... 103
Weitere experimentelle Untersuchungen über Alopecie und die Lokalisation von Hautkrankheiten, von A. Buschke ... 103
Indikationen und Resultate der Therapie der Alopecia areata durch Behandlung der Zähne und des Zahnfleisches, von Trémolières ... 103
Über eine neue Art von Lichtanwendung bei der Behandlung des Lupus erythematosus, von Norman Walker ... 104
Über die Beziehung der Sklerodermie zu den autotoxischen Erythemen, von S. Ehrmann ... 104
Sklerodermie und Myosklerose, von H. Guth und R. Rosenfeld ... 104
Xanthoma tuberosum diabeticorum, von Edward Pisko ... 105
Lupus erythematodes des Gesichts, von Bogrow ... 137
Lupus erythematodes, von Bogrow ... 137
Beitrag zur Entstehung des sogenannten Verandageschwürs des Anus, von O. V. Müller ... 140
Die Behandlung der venerischen Ulcera und Wunden mit Alumen ustum, von M. Porosz ... 141
Maligne Affektion am rechten Handrücken, von Moberg ... 182
Lupus erythematodes im Gesicht und papulo-nekrotische Tuberkuliden, von Möller ... 184
Zwei Fälle von ausgedehnten Ulcerationsprozessen an Mund und Genitalien, hervorgerufen durch Diphtheriebazillen. (Subakute Haut- und Schleimhautdiphtherie), von Th. Schwab ... 192
Pathogenese der glatten Atrophie des Zungengrundes, von Heller ... 232
Vitiligo, behandelt mit Finsen-Licht, von D. W. Montgomery ... 238
Eigentümliche Haarfärbung, von Blaschko ... 330
Atrophie der Zungenbalgdrüsen, von Heller ... 330
Aplasia pilorum moniliformis, von Arndt ... 331
Lupus erythematodes, von Buschke ... 331
Acrodermatitis atrophicans, von Buschke ... 331
Glatte Atrophie des Zungengrundes, von Fr. Lesser ... 332
Lupus erythematosus des harten Gaumens, von Möller ... 332
Die Geschichte der Alopecia areata, von T. Ono ... 345
Atrophia cutis idiopathica, von Metscherski ... 389
Lupus erythematodes, von Bogrow ... 389
Über Xeroderma pigmentosum mit besonderer Berücksichtigung der Blutveränderungen, von C. Adrian ... 390
Kurze Mitteilung zu dem Falle von Sklerodermie, von Leonhard Leven ... 390
Atrophodermia erythematosa maculosa (Lichen planus atrophicus), von Wilhelm Wechselmann ... 392
Lupus erythematodes, von Brytschew ... 444
Zur Pathogenese der Atrophie des Zungengrundes, von Heller ... 547
Zur Kasuistik der Nagelerkrankungen, von F. Bering ... 618
Das klinische Aussehen und die Behandlung einiger Nagelaffektionen, von Fred. J. Leviseur ... 618
Eine neue Operationsmethode der Hämorrhoiden, von Landström ... 619
Über Brüchigkeit der Haare, von A. K. Bond ... 619
Beitrag zur Ätiologie der Alopecia areata, von A. Whitfield ... 620
Über hundert Impfversuche mit Alopecia areata, von M. L. Jacquet ... 620
Zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum, von Adolf Bayard ... 620
Ein Beitrag zur Ätiologie und Kasuistik des Lupus erythematodes, von August Voirol ... 620
Ein Fall von Sklerodermie nach vorausgegangenem Morbus Basedowii, von H. Krieger ... 621
Ein Fall von Sklerodermia diffusa et circumscripta mit Sklerodaktylie bei einem neunjährigen Mädchen, von Carl Harm ... 621
Sklerodermia in Verbindung mit Raynaudscher Krankheit und Addisonscher Pigmentation, von Harbinson ... 622
Einige Bemerkungen über Skleroma neonatorum, von E. R. Stillmann ... 622

Idioneurosen.

Seite
Über Hautjucken, von Edmund Saalfeld ... 105
Die Behandlung des Juckens, von M. B. Hartzell ... 622
Pruritus senilis, geheilt durch Injektionen mit Sperminum Poehl, von Bosse .. 623
Die Behandlung des Pruritus ani durch Röntgenstrahlen, von J. Rawson Pennington ... 623
Beitrag zur Pathologie und Therapeutik des diabetischen Pruritus vulvae, von A. Lorand ... 623
Ein Beitrag zur Kenntnis der Hyperhidrosis universalis, von Friedrich Müller 623

Sekretionsanomalien.

Die Hyperidrosis bei Paralyse, von Marandon de Montyel ... 624

Saprophyten und Fremdkörper.

Die Skabies, von Alex. Renault ... 83
Ein Fall von Larva migrans, von E. Lenglet und Paul Delaunay ... 396
Bemerkungen über die wahrscheinlichste Art der Infektion mit sog. Filaria perstans und über die Wahrscheinlichkeit, daſs dieser Organismus in Wirklichkeit der Gattung Tylenchus (Bastian) angehört, von H. C. Bastian ... 624
Die anatomischen Verhältnisse der sog. Filaria perstans und der Infektionsmodus bei derselben, von H. C. Bastian ... 624
Die Lebensdauer des Dracunculus (Guinea worm), von S. A. Powell ... 624
Eine schmarotzende Made, Gastrophilus epilepsalis (?), in der Haut eines Kindes, von F. L. Washburn ... 625
Totales subcutanes Emphysem, von A. Tozzi ... 625

Mifsbildungen.

Naevus pilaris ichthyosiformis linearis, von Brytschew ... 77
Naevus pilaris verrucosus, von Brytschew ... 77
Über eine angeborene seltene Hautveränderung, von L. R. Müller ... 106
Naevus pigmentosus et pilosus, von Bogrow ... 444
Ichthyosis, von Richter ... 546
Histologische und klinische Untersuchungen über Ichthyosis und ichthyosisähnliche Krankheiten, von A. Gassmann ... 547
Zur Naevusfrage, von J. Frédéric ... 550

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a) Penis, Urethra, Blase.

Seite
Über Sectio alta im Kindesalter, von P. L. Tichow ... 21
Pathologisch-anatomischer und klinischer Beitrag zum Studium der Leiomyome der Blase, von Rinaldo Cassanello ... 28
Technik der urethralen Injektionen. Die Bedeutung der Kapazität der Pars anterior urethrae und des Tonus des Sphinkters für die Konstruktion einer neuen Tripperspritze, von C. Engelbreth ... 30
Ein Überblick über Anatomie, Physiologie und Pathologie der Urogenitalregion, von Bransford Lewis ... 34
Beitrag zum Studium der perinealen Abszesse und der diffusen Phlegmonen urethralen Ursprungs, von B. Motz und J. M. Bartrina ... 78
Das Chloroform und der Harnapparat, von Guyon ... 79
Über präperitoneale Flüssigkeitsansammlungen bei Rupturen der Harnwege, von O. Johannsen ... 106
Über die Wirkung des Diuretin und Agurin auf die Harnwege, von Anton Mosauer ... 107
Pathogenese und Behandlung der Urogenitaltuberkulosen, von Legueu ... 107
Die Cystoskopie: Technik und Indikationen, von Léon Imbert ... 107

Seite

Hilfsmittel der cystoskopischen Praxis, von Ferd. C. Valentine 107
Ein neuer Obturator für das Urethroskop, von J. H. Jacob 107
Weitere Mitteilungen über Bardenheuers Hypospadieoperation, von Hopmann.. 108
Eine neue Methode zur unblutigen Reposition der Paraphimose, von Friedemann 108
Über Penisamputation, von E. Hopmann 108
Beiträge zur mechanischen Behandlung der Harnröhrenerkrankungen, von J. Remete 109
Mitteilung über einen Fall von Urinverhaltung infolge von wahrscheinlich traumatischem Verschluſs des Meatus urethrae, von T. W. Parry 109
Ein Fall von Incontinentia urinae, von Arthur Neudorfer 109
Über Urethritismus, von O. Ziemssen 109
Über Bakterienbefunde in der normalen Urethra des Mannes und den „Syphilisbazillus" Max Josephs, von Hermann Pfeiffer 109
Neubildungen in der Harnröhre des Mannes, Anführung von drei Fällen, von Joseph E. Morrow 110
Über einen Fall von Epitheliom der Harnröhre des Mannes, von Bobbio 110
Fall von Fremdkörper in der Urethra, von S. W. Plummer 110
Über einen Hydrodilatator zur Behandlung von Strikturen der Harnröhre, von Peter Bakaleinik 110
Klinische Beobachtungen bezüglich des Wertes der linearen Elektrolyse für die Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von Rafin 111
Beimpfung und Abimpfung von Kathetern, von Goldberg 111
Verfahren zur aseptischen Einführung weicher Katheter, von Jean Swiatecki. 111
Vorrichtung zum aseptischen Selbstkatheterismus auſser dem Hause, von W. Hirt 111
Ein Beitrag zur Pathologie und Prognose der Blasenerkrankungen, von Robert Holmes Greene und Harlow Brooks 112
Kasuistischer und kritischer Beitrag zur Lehre von der Funktion der Blase und des Mastdarmes, von Eduard Hirt 112
Zur Kenntnis der cerebralen Blasenstörungen und namentlich des Rindenzentrums für die Innervation der Harnblase, von M. Friedmann 113
Über spinale und cerebrale Störungen der Harnblaseninnervation und die Pflege der Inkontinentia, von August Homburger 113
Ein Fall von hartnäckiger Incontinentia urinae durch Paraffininjektion geheilt, von A. Hock 113
Über einen mit Urotropin behandelten Fall von Enuresis nocturna, von Aug. Oreline 114
Über Enuresis und ihre Behandlung mittels epiduraler Injektionen, von Georg Kapsamer 114
Vorübergehende Harnverhaltung infolge von Parese des Detrusor vesicae urinariae, von Ernst Kerner 114
Ein interessanter Fall von Krampf des Sphinkter vesicae urinariae auf medikamentöser Basis, von Ernst Kerner 114
Experimentelle Untersuchungen über das Rückströmen von Harnblaseninhalt, von Hugo Marcus 115
Über Blasentuberkulose, von Victor Bandler 115
Ein Fall von einfachem Solitärgeschwür in der Blase, von A. H. Burgess 115
Fremdkörper in der Harnblase, von W. O. Roberts 116
Ein ungewöhnlicher Fremdkörper in der Harnblase einer Frau nebst einer einfachen Methode der Entfernung desselben, von A. E. Bullock 116
Ein in der Urethra und der Blase abgebrochener Katheter. Spontaner Abgang der Fragmente, von Amat 116
Fremdkörper in der Blase, von Swithin Chandlen 116
Ungewöhnliche Form von Lithiasis der Harnblase; Inkrustation der Schleimhaut mit Harnsäure, von Rafin 116
Über Lithiasis bei Kindern, von Rudolf Thierfeld 117
Die Prophylaxe der postoperativen Cystitis, von K. Baisch 117
Chronisches Oedema glandis, von Müllern-Aspergen 184
Neue urologische Instrumente, von Ahlström 185
Über Dermoidcysten und paraurethrale Gänge der Genitoperinealraphe, von W. Wechselmann 192
Welche Bedeutung hat die Thompsonsche Zweigläserprobe für die Lokaldiagnose bei Erkrankungen der Harnwege, von Walter Schneider 196

Seite

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Harnröhrenstrikturen auf Grund einer Reihe von 400 Fällen, von R. Christen ... 233
Über eingesackte Harnsteine (Steine des prostatischen Teils der Harnröhre), von Englisch ... 234
Die Entwicklung der Urologie, von R. Rörig ... 234
Bemerkung über die Harnblasen der „Prostatiker ohne Prostata", von B. Motz und J. Arrese ... 278
Der subsymphysäre Schnitt beim Weibe, ausgeführt behufs Extraktion gewisser Fremdkörper aus der Blase, von F. Legueu ... 279
Essentielle Incontinentia urinae, behandelt mit retrorektaler Injektion von physiologischer Kochsalzlösung, von Jaboulay ... 280
Kongenitaler Tumor des Orificium urethrae, von Mankiewicz ... 332
100 Fälle von Urethrotomia interna, von C. Bruni ... 337
Prävesikale Phlegmone, von Asakura ... 345
Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparates: Tuberkulose der Blase, von Noël Hallé uad Boleslas Motz ... 395
Untersuchungen über die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Urin, von Carle und Boulud ... 395
Zur Diagnose und Therapie der Blasen- und Nierentuberkulose bei der Frau, von W. Stoeckel ... 445
Über die Verwertung des Stypticin in der urologischen Praxis, von Ed. Kögl . 458
Ein billiges Phantom zum Blasenspiegeln, von F. B. Solger ... 501
Über Gleitmittel für Katheter, Bougies usw., von A. Strauss ... 501
Über Enuresis nocturna, von K. Ries ... 502
Neoplasma der Blase und Harnröhrenstriktur, von Borzecki ... 546
Über die Bakterienflora der normalen Harnröhre von Männern, von Hermann Pfeiffer ... 552
Circumcision bei entzündlicher und Schanker-Phimose, von Charles C. Miller 557
Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparates: III. Tuberkulose der Blase, von Noël Hallé und Boleslas Motz ... 560
Die Polypen der Urethra des Weibes, ihre Natur und ihre Ursachen, von Raymond Grégoire ... 562
Behandlung der Harnröhrenstrikturen ohne Druck auf die anliegenden gesunden Teile der Harnröhrenwand, Dilatation der Ureteren, von Bakaleinik ... 562
Beniquéscher Spülkatheter, von J. de Sard ... 563
Der Wert des Klimas bei Tuberkulose des Urogenitalsystems, von W. H. Privleau 627
Über absteigende Tuberkulose des Harnapparates, von Arthur Götzl ... 628
Die jüngsten Fortschritte in der Chirurgie des Harn-Genitalapparates, von James Pedersen ... 628
Ein neues Urethroskop mit Luftdehnung, von Ernest G. Mark ... 629
Zur Asepsis des Katheterismus und der Cystoskopie, von Leopold Casper ... 629
Zum Katheterismus posterior, von Paul Glaessner ... 629
Über Kampfersäure als prophylaktisches Mittel gegen Katheterfieber ... 630
Die keimfreie Aufbewahrung weicher und halbweicher Katheter, von Berthold Goldberg ... 630
Über Präputialsteine, von J. Englisch ... 631
Über einen Fall von Epispadie mit Exstrophie der Blase, von B. Eleicegui ... 632
Epispadie, von James B. Bullit ... 632
Idiopathischer Priaprismus, neun Tage persistierend, von Mainzer ... 633
Über reflektorische Hauteruptionen infolge von Erkrankungen in der Harnröhre des Mannes, von H. Ravogli ... 633
Über Urethrismus, von C. F. Ziemssen ... 633
Diagnose und Behandlung der chronischen Urethritiden, von Georges Luys .. 634
Über nichtblennorrhoische metastasierende Urethritis, von Fritz Porges ... 634
Zwei Fälle von Urethritis membranacea, von V. Klimeck ... 634
Die Bedeutung des Abschlusses der hinteren Harnröhre gegen die vordere für die Praxis der urethralen Injektionen, von Robert Lucke ... 634
Über die Krümmung der Pars fixa urethrae, von Fr. Merkel ... 635
Beweglichmachung der beiden Harnröhrenenden zum Zwecke der Behebung eines Substanzverlustes dieses Ganges, von Savariaud ... 635
Beitrag zur Behandlung der Harnröhrenruptur, von Sorrentino ... 635
Über einen Fall von Ruptur der Urethra perinealis, von A. Calzolari ... 635
Harnsteine, durch Fremdkörper veranlaßt, von de Franchis ... 636

Seite
Die traumatischen Strikturen der Urethra, von Guyon ... 636
Angeborene Verengerung der Harnröhre beim Manne, von P. Bazy ... 636
Dauernde Erfolge bei Behandlung von Harnröhrenverengerungen, von E. Desnos 636

b) Hoden und Samenbläschen.

Bemerkungen über die Folgen der sexuellen Abstinenz, von W. Erb ... 21
Über die akute Spermatocystitis, von H. Wildbolz ... 31
Heilung einiger Fälle von Hydrocele durch Jodin-Karbolsäureeinspritzungen, von J. C. Luke ... 34
Ursachen sexueller Impotenz beim Manne, von Boynton ... 34
Über Impotenz, deren Ursachen und Behandlung, von Müller de la Fuente . 150
Maligne Geschwülste des Hodens, von William Coley ... 151
Über Torsion der Testikel, von W. W. Williams ... 151
Drei Fälle von Orchitis bei Influenza, von R. C. Lucas ... 152
Die Synorchidie bei den konservativen Operationen des Hodens, von Pascale .. 152
Sterilität durch Verstopfung (Obstruktion) an der Epididymis; Heilung durch Operation, von Edw. Martin ... 152
Zur primären tuberkulösen Epididymitis, von Delli Santi ... 152
Über Epididymektomie wegen Tuberkulose, von H. Hültl ... 153
Akute Hydrocele und Leistenbruch, von Ernst Maillefert ... 153
Über die Hydrocelen, von F. Barjon und A. Cade ... 154
Vorsicht bei Varicocele-Operationen, von Porter ... 154
Eine improvisierte Methode der Varicocele-Operation, von Lucien Lofton 154
Über Hydrocelen, von Truka ... 154
Führt die Unterbindung des Ductus deferens zur Atrophie des senilen Hodens? von X. Spangaro ... 155
Über eine seltene Mifsbildung an den Vasa deferentia, von Franz Luksch 155
Über Spermaturie, von Arthur R. Elliot ... 155
Idiopathische Orchitis, von Michelsen ... 232
Zur Pathologie und Therapie der Hodentuberkulose, von M. Jordan ... 446
Über die Erhaltung des Hodens bei Nebenhodentuberkulose, von Fuller ... 458
Sexuelle Perversität in Amerika, von William Lee Howard ... 459
Die Lehre von der Homosexualität als Gemeingut wissenschaftlicher Erkenntnis, von G. Merzbach ... 502
Über Impotenz, von M. Gordon ... 502
Präparat von Lymphgefäfsen und Lymphdrüsen des Hodengebiets, von Bruhns. 546
Die Torsion des Samenstranges, von J. Vanverts ... 563
Voluminöser Tumor des Skrotums (cystisches Lymphangiom), von Gaudier 564
Einige Betrachtungen über Erkrankungen des Urogenitalapparates vom Standpunkte des allgemein praktischen Arztes aus, von William H. Thomson. 625
Die Anomalien des Geschlechtstriebes und die Beurteilung von Sittlichkeitsverbrechen, von Arnemann ... 626
Sexuelle Perversion, von Goldshaw ... 627
Das urnische Kind, von M. Hirschfeld ... 627

c) Prostata.

Der Prostatakrebs und die Auswahl der Fälle für Prostatectomia suprapubica, von Reginald Harrison ... 38
Bemerkungen über einige Fälle von subakuter Prostatitis mit periprostatischer Eiterung und hinter dem Blasenhals und den Samenblasen gelegenen Abscessen, von Bréchot ... 80
Prostatabeobachtungen, von R. H. Greene ... 155
Die Zusammensetzung des normalen Prostata-Sekretes, von H. Stern ... 155
Beiträge zur Pathologie der Prostata, von Eugen Remete ... 155
Bericht über einen Fall von Exstirpation eines Tumors der Prostata wegen Urinretention, von W. Prior Purvis ... 156
Über Prostatakrebs und seine Behandlung, von R. Harrison ... 156
Einige Gesichtspunkte zur Pathologie und Therapie der Prostata-Obstruktion, von W. B. Clarke ... 156
Über die Behandlung der Prostatahypertrophie, von Leopold Casper ... 157
Die Behandlung der Prostatahypertrophie, von O. Witzel ... 157

Seite

Die Wahl der Technik bei Operation wegen Prostatahypertrophie, von Charles H. Chetwood ... 157
Die intrakapsuläre Prostataresektion als Normalverfahren bei Prostatahypertrophie, von Rydygier ... 157
Die radikale Behandlung der Prostatahypertrophie, von P. J. Freyer ... 158
Ein neuer elektro-kaustischer Inzisor für die Bottinische Operation bei Prostatahypertrophie, von Hugh H. Young ... 158
Indikationen und Kontraindikationen der Prostatektomie, von L. Bazet ... 158
Zwölf Fälle von Prostatektomie, von Herescu ... 158
Erfahrungen mit perinealer Prostatektomie, von F. Kammerer ... 158
Perineale Prostatektomie, ohne Harnröhre oder Blase zu öffnen — unbefriedigendes Resultat — nachfolgende Kautherisation einer En Colarette-Verengerung der Blasenöffnung — Heilung, von Jos. Rilus Eastman ... 158
Die totale perineale Prostatektomie zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von G. Nicolich ... 158
Ein Fall von totaler Prostatektomie durch den hohen Blasenschnitt, von W. C. Collins ... 159
Die totale Exstirpation der Prostata bei Prostatahypertrophie, von J. P. Freyer 159
Einige Fälle von Prostatektomie, nach einem gewissen Zeitraum beobachtet, von Alex. B. Johnson ... 159
Über die Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata, von O. Zuckerkandl 159
Prostatektomie wegen vollständiger Harnretention und erschwertem Katheterismus, von J. Pages ... 160
Die Behandlung der Prostatahypertrophie, von J. G. Schattock ... 160
Zur Frage der Entzündung der Vorsteherdrüse, von Sarzien ... 160
Zum Kapitel der chronischen Prostatitis, von Edmund Bonn ... 160
Die Vibrationsmassage bei der Behandlung der chronischen Prostatitis, von Louis E. Schmidt ... 160
Die Hygiene des Prostatikers, von Desnos ... 161
Ein Beitrag zur mechanischen Behandlung der Prostata, von Laskowski ... 161
Totale transvesikale Prostatektomie vom suprapubischen Blasenschnitt aus: Freyersche Operation, von E. Lumeau ... 395

d) Labien, Vagina.

Ein Versuch mit X-Strahlen bei Kraurosis vulvae, von G. H. Stover ... 168
Papilläres Cystom am Labium minus, von Jessée M. Macgregor ... 168
Insonte, oberflächliche (Ano-) Genitalgeschwüre bei Frauen, von E. Welander. 336

e) Nieren, Ureteren, Harn.

200 Fälle von Katheterismus der Ureteren, von Michael Margulies ... 20
Ein mit Miktion endender Coitusfall, von Moriz Porosz ... 21
Beitrag zur Kasuistik der Nierentuberkulose, von L. O. Finkelstein ... 21
Über einen Fall von doppeltem Nierenbecken und Ureter bifidus. Katheterisation des gesunden Teiles. Fehldiagnose. Tod nach der Operation, von Hugh H. Young ... 21
Einige Urinuntersuchungen bei Kindern, von A. W. Fuller ... 161
Die Rolle der anaëroben Mikrobien bei der Infektion des Urins, von Albarran und Cottet ... 161
Ein Fall von grünblauem Urin, von Will. Gibb Dun ... 162
Bence Jonessche Albumosurie im Verein mit eigentümlichen nervösen Erscheinungen, von L. N. Boston ... 162
Über experimentelle Albumosurie, von Mieczyslaw Halpern ... 162
Über Anurie, von E. Apolant ... 162
Über die Bakteriurie, von Ferrannini ... 163
Über Cylindrurie und Albuminurie beim Erysipel, von Pollatschek ... 163
Beitrag zur Kasuistik und Ätiologie der Cystinurie, von Wasserthal ... 163
Beitrag zur Lehre von der Chylurie, von L. Feuerstein und K. Panek ... 164
Einseitige renale Hämaturie, von A. E. Eshner ... 164
Über Hämaturie, von S. Talma ... 164
Über anfallsweise auftretende Hämaturie (Hämaglobinurie a frigore), von W. Gilman Thompson ... 165
Paroxysmale Hämatoporphyrinurie, von Pal ... 166

Seite

Über die Diagnose der Pentosurie mit dem von mir angegebenen Reagens, von M. Bial 166
Ein Fall von Pentosurie, von Ernst Bendix 167
Über ammoniakalische Reaktion des Harns bei Phosphaturie, sowie über Phosphaturie und Ammoniurie als objektive Symptome der Neurasthenie, von Albert Freudenberg 167
Zum klinischen Nachweis des Urobilin, von Wilhelm Schlesinger 167
Zur Frage des gleichzeitigen Auftretens von Fruchtzucker und Traubenzucker im Harn, von Alexander Lion 167
Verhütung der Harninfektion, von B. Goldberg 206
Beiträge zur chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritis, von C. Stern 234
Verengerung des unteren Endes eines Ureters, verursacht durch den Druck einer entzündeten Samenblase, von Hugh Hampton Young 279
Zur Frage der funktionellen Nierendiagnostik, von Wilhelm Karo 338
Die Hämaturie, von S. Albarran 388
Untersuchungen über die Differenzen bei der normalen Funktion der beiden Nieren, von J. Albarran 394
Einfaches Verfahren zur Trennung des Urins der beiden Nieren, von Nicolich 395
Beitrag zum Studium der Harnretention bei Tabes dorsalis, von F. Bierhoff .. 449
Phosphaturie, von W. H. Whitehead 459
Das proximale Ende des Ureters, von Byron Robinson 460
Der Gefrierpunkt des Urins bei Nierenkrankheiten, von L. Weil 501

f) Blennorrhoe und Komplikationen.

Blennorrhoe eines in der Raphe penis gelegenen langen paraurethralen Ganges, von Bäumer 15
Akute Blennorrhoe mit Endokarditis, Embolie und Dermatitis pyaemica, von Heller 15
Blennorrhoisches Panaritium, von Fritz Meyer 15
Behandlung der blennorrhoischen Urethritiden mittels der Janetschen Methode, von F. P. Guiard 82
Demonstration von Harn- und Sekretpräparaten, von Posner 136
Phlebitis blennorrhoica, von Heller 136
Über die Behandlung der Augenblennorrhoe mit Albargin, von E. Welander .. 139
Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mit Spülsonden, von Arthur Strauss 142
Die Blennorrhoe der Prostituierten, von Gustav Baermann 144
Rheumarthritis und Iritis als Begleiterscheinungen einer akuten Blennorrhoe, von Henri Malherbe 148
Die Blennorrhoe vom medizinisch-sozialen Standpunkte aus betrachtet, von Mibelli 168
Blennorrhoische Allgemeininfektion und Metastasen, von Karl Ritter v. Hofmann 169
Klinische Studien über Blennorrhoe, von H. J. Schlasberg 169
Über chronische Blennorrhoe und Gonokokkennachweis, von Fritz Meyer 169
Klinische Blennorrhoe ohne den Gonococcus, von A. L. Benedict 170
Kinderblennorrhoe, von J. N. Bloom 170
Über blennorrhoische Urethritiden bei Knaben, von Zabludowskaja 171
Die Vulvovaginitis der kleinen Mädchen, von Michalovitch 171
Über die Behandlung der blennorrhoischen Vulvovaginitis, von Hirschl 171
Diagnose und Behandlung der chronischen blennorrhoischen Urethritis des Mannes, von F. Gardner 171
Über blennorrhoisch-metastatische Entzündungen am Auge Erwachsener, von W. Apetz 171
Die operative Behandlung der blennorrhoischen Corneageschwüre, von V. Goldzieher 172
Über chronische blennorrhoische Prostatitis, von Ludwig Waelsch 172
Die Behandlung der blennorrhoischen Erkrankungen des Uterus mit Protargol, von W. Orlow 172
Über die Gonokokkenperitonitis der kleinen Mädchen, von Galvagno 173
Über die Pathogenese der blennorrhoischen Epididymitis und über Versuche, dieselben durch Punktion zu behandeln, von Gustav Baermann 173
Bericht über einen Fall maligner blennorrhoischer Endokarditis, von J. Habheyger 173

Seite
Über einen Fall von Endocarditis blennorrhoica, von Egon Ritter v. Frendl.. 174
Spermatocystitis als Komplikation der Blennorrhoe, von Lurjé..... 205
Blennorrhoische Polyarthritis, Endokarditis und Septikämie, von Silvestrini .. 207
Arthritis cricoarytaenoidea rheumatica et blennorrhoica, von Egmont Baumgarten..... 208
Über Knochenveränderungen bei blennorrhoischer Arthritis und akute Knochenatrophie überhaupt (mit Röntgenuntersuchungen), von Robert Kienbroeck 208
Störungen von seiten des zentralen Nervensystems nach Blennorrhoe, von E. F. Sanz 209
Muskelerkrankung infolge von blennorrhoischer Infektion, von Fr. Samberger 209
Behandlung der gewöhnlichen klinischen Form der Blennorrhoe des Weibes, von Oliver Kevin..... 209
Eine Vorrichtung für die schnellere Heilung der Blennorrhoe, von J. Mac Munn 210
Die Behandlung der akuten Blennorrhoe Erwachsener, von James F. Mc Caw. 210
Zur Frage der internen Blennorrhoebehandlung, von Reissner..... 210
Vorschläge zur Vereinfachung der Behandlung der Urethritis blennorrhoica und ihrer Komplikationen in unseren Militärspitälern, von Radey 211
Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe in der Praxis, von A. Schwenk. 211
Einige Erfahrungen über Gonosan, von H. Lohnstein..... 211
Über die Wirkung von Gonosan bei Blennorrhoe und Cystitis, von Benninghoven..... 211
Über die Wirkung des Ichthargans bei den blennorrhoischen Erkrankungen des Weibes, von Gustav Woyer 211
Über den Gebrauch der Pikrinsäure bei der Behandlung der Uterusblennorrhoe, von A. Serra..... 212
Über Rheolkugeln, ein neues Hefepräparat zur Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe, von G. Scholem..... 212
Über die Urosanolbehandlung der Blennorrhoe, von P. Scharff..... 212
Zur Behandlung circumskripter periurethraler blennorrhoischer Infiltrate mit Röntgenstrahlen, von R. Kaufmann 233
Das Gonorol bei der Behandlung der blennorrhoischen Urethritis, von d'Amato 242
Das Phänomen des Bubo bei der Entzündung der Bartholinischen Drüse, von Donati..... 244
Ichthargan gegen Blennorrhoe, von T. Kinoshita 348
Rheumatische Anlage und Rheumatismus blennorrhoicus, von A. Renault..... 396
Die Verhütung der Blennorrhoe, von Moriz Porosz 453
Einige Betrachtungen über die Behandlung der chronischen Formen der Blennorrhoe, von Ravasini 456
Der Harnröhrentripper, von Cornelius McKane 460
Blennorrhoe im Wochenbett, von H. Lehmann..... 501
Cowperitis suppurativa, von Reiss..... 545
Blennorrhoisch infizierter präputialer Gang, von Bruhns 547
Über hyperkeratotische Exantheme bei schweren blennorrhoischen Infektionen, von Gustav Baermann..... 552
Die Behandlung der Harnröhrenentzündung in akutem, subakutem und chronischem Zustand, von Georg Rubin..... 556
Tripperrheumatismus, von W. U. Kennedy..... 557
Blennorrhoea profunda, von W. H. Whitehead..... 557

Verschiedenes.

Kleine technische Mitteilungen, von Oscar Kraus 21
Der dermatologische Unterricht in Paris, von L. Brocq..... 64
Naturfarbene Photogramme von pathologischen Affektionen..... 117
Über neuralgiforme Schmerzen in der Regio pubica und inguinalis bei Plattfuß, von S. Ehrmann 117
Berufsgeheimnis, von Hoerning 118
Jahresbericht der Amtsärztin Dr. Th. Krajewska in Sarajevo für das Jahr 1902. 118
Zwei kleinere Beobachtungen aus der Praxis, von Ludwig Merk..... 118
Ein Besuch im phototherapeutischen Fachinstitut in Kopenhagen. Neue Apparate zur Finsentherapie, von Angelo Bellini..... 174

Seite

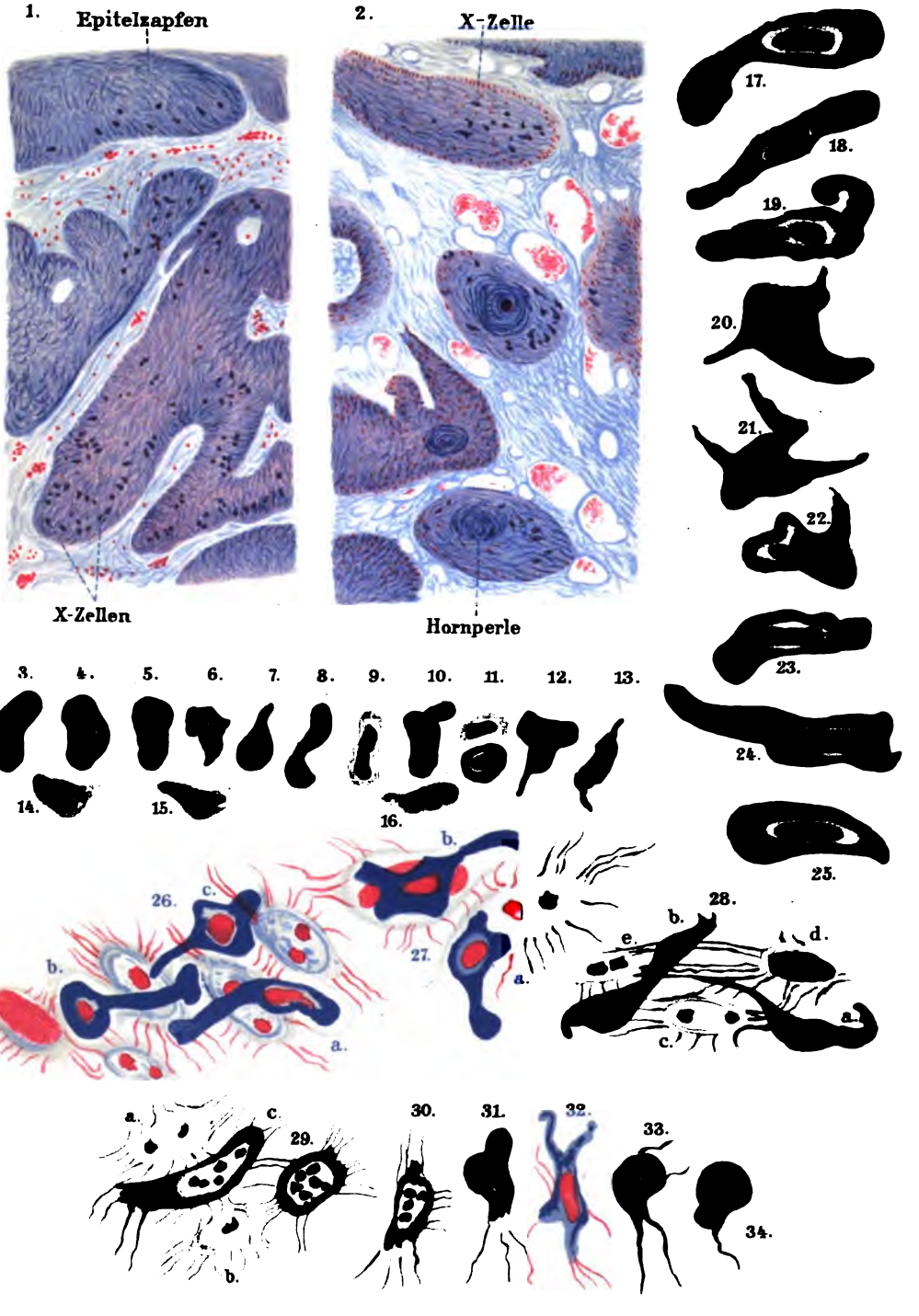
Hautreaktionen nach Kaffeegenufs, von Ch. Mantoux 174
Kasuistische Mitteilungen, von J. Biedermann 174
V. Internationaler Dermatologen-Kongrefs 213
Dr. Unnas Frühjahrskurse über sämtliche Zweige der Dermatologie 214
Zwei Jahre venerologischer Poliklinik, von C. Gallia 242
Strafbarkeit der Übertragung einer Geschlechtskrankheit 256
Die Filariasis und ihre Folgen, von Primrose 256
Eosinophilie bei Bilharzia und Dracontiasis, von A. Balfour 256
Zehnjährige Statistik der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Toulouse, von Florence 277
Nachruf an Rudolf Virchow und Sensai Nagayo, von K. Dohi 346
Bericht über den dritten Kongrefs der Japanischen Dermatologischen Gesellschaft 348
Diatomea, ein Reizmittel für den Paquelinschen Thermokauter, von Ernst Becker 359
Über Filaria perstans und die Behauptung, dafs dieselbe dem Genus Tylenchus angehöre (Bastian), von G. C. Low 359
Ein ungewöhnlicher Fall von Intoxikation mit Salicylsäure, von J. K. Matheson 360
Eindrücke aus europäischen Kliniken für Dermatologie, von M. L. Ravitch ... 360
Die Reform der Dermatologie und der dermatologische Unterricht, von Leredde 397
Die Reform der Dermatologie, von L. Heidingsfeld 397
Personalia: Pierleone Tommasoli †. — Prof. Kromayer 527
Dermatologie als Spezialität und die praktischen Ärzte, von Klotz 528
Das Merkblatt der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Blaschko 528

Sachverzeichnis 637
Namenverzeichnis 652

Verzeichnis der Tafeln.

Zu S.

Die X-Zellen des spitzen Kondyloms, von P. G. Unna. Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg. Farbentafel 1
Beitrag zur systematischen Stellung der Dermatomykosenerreger, von H. Plaut. Lichtdrucktafel 175
Über idiopathische multiple Hautsarkomatose, von Franz v. Krzysztalowicz. Zwei Farbentafeln 215
Histologische Untersuchungen über einige in der Dermatologie verwendete reduzierende Substanzen, von Vignolo-Lutati. Zwei Farbentafeln 257
Die Verbindung menschlicher Epidermiszellen unter sich und mit dem Corium, von Ludwig Merk. Lithographische Tafel 361
Zur Frage der sogenannten gutartigen sarkoiden Bildungen der Haut (Boeck), von P. A. Pawloff. Farbentafel 469



Unna: Die X-Zellen des spitzen Kondyloms.

Gummelt del. Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 38. No. 1. 1. Januar 1904.

§338

BOSTON MEDICAL LIBRARY NOV 15 1904

Aus Dr. Unnas Dermatologikum zu Hamburg.

Die X-Zellen des spitzen Kondyloms.

Von

P. G. Unna.

Mit einer Farbentafel.

Die neue Darstellung der Epithelfasern mittels der Wasserblau + Orcein + Eosin — Safranin-Methode[1] brachte an dem ausschliefslich dazu verwendeten Material des spitzen Kondyloms regelmäfsig eigentümliche, zellige Gebilde zur Anschauung, deren Studium ich mir nach Erledigung der Epithelfaserfrage angelegen sein liefs. Dieselben machten zunächst den Eindruck sonderbar gefärbter Leukozyten, und zwar weil sie einerseits wie diese interepitheliale Saftspalten erfüllten, anderseits durch ihre äufserst variablen Gestalten die Vorstellung erweckten, dafs sie nach Art von Leukozyten reger, amöboider Bewegungen fähig seien.

Meine ersten Bemühungen waren deshalb darauf gerichtet, Übergänge von diesen Gebilden zu Leukozyten zu finden, falls dieses aber nicht gelänge, sie scharf und sicher von ihnen unterscheiden zu lernen.

Wie die polynukleären Leukozyten, bestehen die fraglichen Gebilde aus Zellprotoplasma und Kern, und zwar nimmt das erstere wie bei jenen eine blaue (Wasserblau), der letztere eine rote (Safranin) Farbe an. Aber in dieser Beziehung zeigen doch schon beide Zellarten unüberbrückbare Differenzen. Wie ich schon in meiner oben erwähnten Arbeit bemerkte, nimmt bei den polynukleären Leukozyten nicht das Protoplasma selbst, sondern die neutrophile Granulation (Ehrlichs) die blaue Farbe an. Der Zellleib erscheint daher hell, durchsichtig, zart konturiert und nur mehr oder weniger erfüllt mit den rundlichen, himmelblau gefärbten, neutrophilen Körnern, welche sich meist an einem Zellenpole mehr anhäufen als an dem anderen (14—16). Die fraglichen Zellen dagegen

[1] S. *diese Zeitschrift.* 1903. Bd. 37, S. 289 ff.

zeigen gar keine Körnungen im Sinne EHRLICHS, sondern einen durch und durch und relativ stark, also dunkelblau gefärbten Zellleib, welcher nach aufsen scharf konturiert abschliefst (3—13, 17—25). Die Kerne der Leukozyten sind bekanntlich regelmäfsig in zwei, drei oder vier, durch feine Chromatinfäden miteinander verbundene Abschnitte geteilt, und diese bekannten amitotischen Teilprodukte färben sich mittels der neuen Methode in einem matten, bläulichen Karminrot in der Art, dafs jeder Kernteil im Innern schwächer, am Rande stärker gefärbt ist und aufserdem stets einige stärker gefärbte Punkte und Striche im Innern aufweist (14—16). Die Kerne der eigentümlichen Zellen dagegen, welche ich, um vorläufig eine nichts präjudizierende kurze Bezeichnung zu haben, X-Zellen nennen will, sind in überwiegender Mehrzahl in der Einheit vorhanden, und ihre Zahl beträgt selten mehr als zwei. Wo sie aber zu zweien und selbst zu dreien vorhanden sind (6, 19, 21, 22, 23), werden sie nicht durch Chromatinfäden verbunden. Sie sind aufserdem, auch in den kleinen Zellen dieser Art, gröfser als die Leukozytenkerne, in den grofsen X-Zellen sogar erheblich, vier- bis zehnmal, gröfser an Rauminhalt (17, 20, 25). In den kleineren Zellen differieren die Gröfsenverhältnisse der Kerne nicht so sehr (6—8 μ lang), aber stets sind sie relativ zum Zellleibe auffallend grofs und unterscheiden sich darin von den polynukleären Leukozyten. Weiter ist die Farbe dieser Kerne ein intensives, oft leuchtendes, ins Gelbliche spielendes Zinnoberrot, und zwar erfüllt diese Färbung die Kerne in homogener Weise; man kann keinen Kernsaft und keine besonderen Chromatinfäden im Innern derselben unterscheiden; die äufsere Kontur ist scharf und glatt. Was die Form der Kerne betrifft, so besteht auch hier ein durchgreifender Unterschied gegenüber den Leukozytenkernen. Es ist ja bekannt, dafs bei vielen entzündlichen Hautkrankheiten, bei denen in akuter Weise die Leukozyten auswandern (z. B. beim Erythema multiforme, Erythema nodosum, Herpes u. s. f.), ihre Zellleiber äufserst langgestreckt und dünn sind und die Kerne diese Gestaltveränderungen mitmachen. Aber solche Formen sind bei diesen chronischen Epithelwucherungen nicht vorhanden. Die Leukozyten, welche — häufig gemischt mit X-Zellen — in den interepithelialen Saftspalten vorkommen, zeigen auch hier und da amöboide Gestaltveränderungen von kurzen Buckeln bis zu längeren Ausläufern; aber ihre Kerne machen die Gestaltveränderungen nicht mit, sondern bleiben klein und rundlich und liegen gewöhnlich an einer verbreiterten Stelle des Zellkörpers dicht zusammen (14—16). Im Gegensatz dazu zeigen die Kerne der X-Zellen häufig Formen, welche im kleinen die Form der Zellen nachahmen. So liegt in der Zelle 5 im breiteren Teil auch ein breiterer Abschnitt des Kernes, im schmäleren ein schmälerer. In Zelle 12 macht der Kern genau die rechtwinklige Knickung der Zelle mit, in Zelle 26a die sanfte Krümmung derselben. Besonders schmale

Zellen (13, 18) haben schmale, besonders breite (4, 20) breite Kerne. Endlich besteht auch bei vielen X-Zellen ein eigenes Verhältnis zwischen Kern und Protoplasma, welches bei den Leukozyten kein Analogon hat, Die Kerne liegen nämlich häufig in einer geräumigen Kernhöhle, so dafs sich das Protoplasma dann bis auf eine dünnere Wandschicht vom Kern zurückzieht. Ist dieses Verhältnis schon bei vielen kleinen X-Zellen deutlich (3, 4, 5, 6, 10, 12, 13), so steigert es sich in auffallender Weise bei den gröfsten Formen (17—25), bei denen eine geräumige, vielgestaltige Kernhöhle zur Regel gehört. Diese Zellen haben so grofse Dimensionen, dafs sie häufig im Schnitt nur einseitig angeschnitten werden, wobei dann die mantelartige, lose Umhüllung des Kernes durch das Protoplasma besonders deutlich in die Erscheinung tritt (19, 20, 24, 25).

So bleiben mithin bei der Divergenz aller genannten Eigenschaften nur zwei Besonderheiten übrig, in denen sich X-Zellen und Leukozyten ähnlich sind: 1. die freie Lagerung in interepithelialen Saftspalten, und 2. die Vielgestaltigkeit der äufseren Form, welche sich nur gut durch Annahme amöboider Bewegungen erklären läfst. Betrachten wir daher diese beiden Besonderheiten noch etwas näher. Die Lagerung der X-Zellen ist in der Tat sehr leukozytenartig, wenigstens was die Leukozyten des spitzen Kondyloms betrifft. Die Epithelwucherungen dieses Tumors sind nämlich durchaus nicht regelmäfsig und gleichmäfsig von Leukozyten durchsetzt, und die letzteren gehen auch weder in der Verteilung, noch in bezug auf die Quantität dem hier und da vorkommenden entzündlichen, interepithelialen Ödem parallel. Das letztere ist ein ganz unregelmäfsiger Gast des Kondyloms; es fehlt bei vielen trockenen Wucherungen vollständig, findet sich bei anderen nur strecken- oder punktweise ausgebildet und besteht häufig, ohne dafs die dadurch künstlich geschaffenen, neuen Lymphwege gleichzeitig Leukozyten enthielten. Wo die letzteren das Epithel überschwemmen, geschieht es meist auch nur streckenweise, z. B. an einzelnen Epithelleisten und -zapfen, mit Verschonung der nächstgelegenen und ohne ersichtliche Ursache. Wo eine solche lokale Leukozytose besteht, ist zuweilen, aber durchaus nicht immer, die gesamte Stachelchicht bis zur Hornschicht von Leukozyten durchsetzt, und in diesen seltenen Fällen dringen die Leukozyten dann auch, unterstützt von interepithelialem Ödem, in Form punktförmiger Abszesse bis an die Oberfläche. Es drängt sich dem Untersucher die Annahme auf, dafs diese seltene, punktuelle Leukozytose von äufseren Bedingungen, z. B. Entzündung der Umgebung, Behandlung usw., abhängig ist; sie gehört nicht zu den wesentlichen Symptomen des Kondyloms. Bei aller geschilderten Unregelmäfsigkeit der interepithelialen Leukozyteneinwanderung tritt jedoch ein Faktor regelmäfsig zu tage: die herdförmige Ansammlung der Leukozyten an gewissen Punkten der Epithelwucherung, und gerade hierin besteht eine gewisse Ähnlichkeit mit der Verteilung der

X-Zellen. Auch diese kommen regelmäfsig in gröfseren Gruppen vor, die sich auf einzelne Epithelzapfen und -leisten verteilen (1, 2), und hin und wieder auch gemischt mit Leukozyten, so dafs dann jedes Gesichtsfeld beide Zellarten aufweist, und man zu einer Vergleichung beider geradezu herausgefordert wird. Weiter geht aber auch die Ähnlichkeit nicht, und es bestehen ganz wesentliche Unterschiede auch in der Topographie beider Zellarten.

Erstens fällt es auf, dafs häufig beim Vorhandensein von X-Zellen und Leukozyten die Herde ganz getrennte Epithelbezirke heimsuchen, so dafs eine lokale Zusammengehörigkeit, eine gegenseitige oder einseitige Anziehung sicher nicht besteht, wie denn auch ebenso häufig X-Zellen in Kondylomen vorkommen, die überhaupt keine Leukozyten aufweisen. Wo beide Arten in nächster Nachbarschaft sich befinden, ist das Verhältnis öfters so, dafs die X-Zellen nahe an der Kutisgrenze vegetieren (1, 2), während die Leukozyten höher aufgestiegen sind, etwa bis in die Mitte der Stachelschicht. Das bringt uns auf einen weiteren Unterschied.

Es scheint nämlich den X-Zellen das Vermögen der Leukozyten, in höhere Stachelzellenlagen aufzusteigen, abzugehen. Nie bilden sie auch gröfsere, den Epithelabszessen vergleichbare Ansammlungen; nie finden sie sich in der Hornschicht.

Ein dritter Divergenzpunkt liegt darin, dafs die X-Zellen nie, wie die Leukozyten, regelmäfsig auch in der Kutis des spitzen Kondyloms zu finden sind. Ebenso vergebens habe ich sie in den stets erweiterten Lymph- und Blutgefäfsen gesucht. Sie wandern also auch nicht aus der Kutis in das Epithel wie die Leukozyten, und wandern nicht aus Blutgefäfsen aus. Ihre Heimat scheint ganz allein die basale, der Cutis nächstgelegene Stachelschicht zu sein, welche sie in der Richtung nach der Hornschicht zu auch nicht wesentlich überschreiten (1, 2).

Der vierte und bei weitem wichtigste Unterschied in der Verbreitung beider Zellarten besteht jedoch in dem ausnahmslosen Vorkommen der X-Zellen bei jedem einzelnen Fall von Kondylom. Ich habe bisher 31 verschiedene Fälle von spitzem Kondylom, darunter einige extragenitale (vom Kopfe, von der Backe), auf diesen Punkt hin untersucht und die X-Zellen nie vermifst. Freilich ist ihre Anzahl in jedem Falle wechselnd; in wenigen Fällen handelte es sich nur um einzelne Zellen, diese waren dann aber in jedem Schnitte, und zwar stets an dem unteren Ende der entsprechenden, meist mittleren Epithelzapfen zu finden. Ebenfalls nur in einigen Fällen (6) war ihre Anzahl ungemein grofs und damit auch ihre Vielgestaltigkeit; zweien dieser Fälle sind die Übersichtsbilder 1 und 2 entnommen. In etwa 20 Fällen fanden sich die X-Zellen in gröfseren Gruppen, aber doch noch in leicht zählbarer Menge. Auch hier wie überall nahmen sie in jedem Schnitte die Gegend der basalen

und suprabasalen Stachelschicht einiger mittlerer Epithelleisten und -zapfen ein. Die X-Zellen gehören also fortan — im Gegensatz zu den nicht stets vorhandenen Leukozyten — zu den regelmäfsigen und charakteristischen Begleitern des spitzen Kondyloms.

Was nun die andere leukozytenartige Eigenschaft betrifft, die Vielgestaltigkeit der äufseren Form der X-Zellen, so fällt bei näherer Betrachtung doch manches auf, was bei den polynukleären Leukozyten, wie sie sich im spitzen Kondylom neben den X-Zellen finden, kein Analogon besitzt. Hierhin rechne ich vor allem die häufig vorkommenden, vereinzelten, spitzen, unter Umständen langen Ausläufer (12, 13, 20, 21, 22, 28*a*, 28*b*). Wie schon bei Besprechung der Kerne bemerkt, fehlen unter den Leukozyten die ganz gestreckten, pfriemenförmigen, beiderseitig spitz zulaufenden Formen; die amöboiden Bewegungen finden hier lediglich in rundlichen Buckeln und fingerförmigen Ausläufern, die häufig frei von neutrophilen Granulationen sind (15), ihren Ausdruck. Bei den X-Zellen walten auch rundliche Ausläufer vor (8, 10, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26*a*, 26*b*, 26*e*, 27*a*), aber dazwischen finden sich, zum Teil rechtwinklig vom Zellkörper abstehend (12, 20, 21), äufserst spitze Fortsätze von verschiedener Länge. Dieselben machen nicht den Eindruck, als ob sie einer amöboiden Bewegung innerhalb des Fortsatzes selbst ihre Entstehung verdankten, sondern sehen vielmehr so aus, als ob sie bei der Fortbewegung des ganzen Zellkörpers passiv in eine freie Spitze dadurch ausgezogen wären, dafs ihr Endpunkt irgendwo sich fixiert hätte.

Weiter können wir einen, wie mir scheint, sehr wesentlichen Punkt nicht übergehen, der die äufsere Form der X-Zellen betrifft und unter Umständen eine bedeutende Verschiedenheit zwischen ihnen und den Leukozyten begründet, nämlich ihre absolute Gröfse. Genaue Mafse anzugeben hat bei der enormen Variabilität sowohl der Längs- wie Breitendurchmesser der X-Zellen keinen Wert. Ich habe deshalb nur die Extreme abgebildet, also besonders kleine und grofse Formen. Besonders die kleinen (3—13) haben etwa die Durchschnittsgröfse der in denselben Präparaten vorkommenden interepithelialen Leukozyten (14—16), nur dafs sie meistens etwas breiter sind. Die grofsen Formen hingegen, die aber durchaus nicht in allen Fällen von Kondylomen vorkommen und überdies durch viele Zwischenformen mit den kleinen verbunden sind, erreichen die zwei- bis dreifache Länge und Breite, besitzen mithin einen acht- bis siebenundzwanzigfach so grofsen Inhalt wie jene. Derartige krasse Gröfsenunterschiede kommen bei den Leukozyten nicht vor.

Alle bisherigen Erörterungen führen unabweisbar zu dem Schlusse, dafs die Leukozyten und X-Zellen im spitzen Kondylom trotz mancher Ähnlichkeiten grundverschiedene Dinge sind, und es kann sich schliefslich nur noch fragen, ob möglicherweise die letzteren innerhalb der Stachel-

schicht aus ersteren entstehen, mit anderen Worten: ob Übergangsformen zwischen beiden Zellarten zu finden sind. Ich habe diesem Punkte von Anfang an, d. h. seit über einem Jahre, ein fortgesetztes Studium gewidmet, aber nichts derart aufzufinden vermocht. Weder die strukturellen noch die tinktoriellen Eigenschaften des Kernes und des Protoplasmas liefsen Übergänge erkennen. Nur eine Tatsache habe ich beobachtet, die auf den ersten Blick als ein Übergang gedeutet werden könnte. Ich fand nämlich hier und da einzelne X-Zellen von im übrigen typischem Aussehen, aber von auffallend blafsblauer Farbe mitten unter dunkelblauen X-Zellen. Die Zelle 9 und die obere der Zelle 11 stellen solche helleren Formen dar, deren himmelblaue Farbe an die der Leukozyten (14—16) erinnert. Aber in diesen abnormen X-Zellen war nie eine Spur von neutrophiler Granulation zu entdecken, der Zellleib war homogen, der Kern relativ grofs, zinnoberrot, homogen, wachsartig glänzend. Ich kann diese Vorkommnisse also nur als eine Varietät der gewöhnlichen X-Zellen auffassen und vermag ihnen vorderhand keine besondere Bedeutung beizulegen. Jedem Leser, der bis hierher gefolgt ist, wird es wohl begreiflich erscheinen, dafs mit der stetig wachsenden Überzeugung, die neuen Zellen seien keine Leukozyten, in mir die Ansicht Boden gewann, dafs dieselben sich amöboid bewegende einzellige Lebewesen seien von bisher unbekannter Art, Form und tinktorieller Affinität. Diesen Standpunkt hatte ich auch noch inne, als ich am 23. Juni 1903 in der biologischen Sektion des Hamburger ärztlichen Vereins die eigentümlichen Gebilde demonstrierte. Die in der darauf folgenden Diskussion, insbesondere von Herrn Dr. Delbanco hervorgehobenen kritischen Einwände, deren Berechtigung ich keinen Augenblick verkannte, bewogen mich, im vergangenen Sommer alle meine Präparate noch einmal einer gründlichen Durchsicht zu unterwerfen. Ich sagte mir, dafs, wenn überhaupt zwischen den X-Zellen und irgend einem bekannten histologischen Element des spitzen Kondyloms Übergänge zu finden sein möchten, die Stachelzellen am ehesten dafür in Frage kämen. Freilich erschien mir diese Studie ziemlich aussichtslos, denn die X-Zellen sind eben aller, auch rudimentärer Fasern bar, und ich hatte sie ja gerade aufgefunden an Präparaten, die den Faserapparat der Stachelschicht mit nie zuvor erreichter Deutlichkeit zeigten, und innerhalb dieser Präparate als glatte, scharfkonturierte Gebilde. Aber nach lange Zeit vergeblichem Bemühen fand ich unter meinen 31 Fällen schliefslich doch einen Fall, welcher einige sonderbare, als Übergangsformen deutbare Zellen zeigte, und bald darauf einen zweiten, welcher derartiger Formen in so grofser Anzahl enthielt,[1]

[1] Seitdem ich an diesem Präparat die Übergangszellen studiert, habe ich an vielen anderen Präparaten vereinzelte Übergangszellen gefunden und mich von deren verbreitetem Vorkommen überzeugt.

dafs ich schliefslich nicht mehr an der Übergangsmöglichkeit von Stachelzellen zu X-Zellen zweifeln konnte.

Diesem letzteren Falle, welcher auch noch dadurch ausgezeichnet war, dafs einige mittlere Epithelzapfen im Zentrum Hornperlen — ein seltenes Vorkommnis beim Kondylom — enthielten, ist das Übergangsbild 2 entnommen. Man sieht in der Mitte der Figur und weiter unten Querschnitte von Epithelzapfen mit Gruppierung der Stachelzellen um eine mittlere Hornperle und zwischen den Epithelien auffallend viele, grofse, dunkelgefärbte X-Zellen. Unter diesen befanden sich gerade die gleich zu besprechenden eigentümlichen Übergangszellen.

Bedenken wir vorher noch kurz, was wir von Übergangszellen zwischen Stachelzellen und X-Zellen zu fordern haben, so ist es das Auftreten von fünf verschiedenen Vorgängen, die sich gleichzeitig oder nacheinander abspielen müssen:

1. Die Stachelzellen müssen ihren Faserapparat und damit den Zusammenhang untereinander verlieren.
2. Ihre Form mufs eine mehr abgerundete werden, wobei sekundär einzelne Ausläufer auftreten.
3. Das Protoplasma mufs sich derart ändern, dafs aus einer schwach himmelblau bis graublau gefärbten, durchscheinenden, unbestimmt konturierten Substanz eine dunkelblau gefärbte, undurchscheinende, scharf konturierte wird.
4. Der Kern mufs seine schwach himmelblaue Farbe und das feine durchscheinende Kerngerüst, sowie die Kernkörperchen verlieren, und an seine Stelle müssen
5. ein oder mehrere homogene, nach Art der Kernkörperchen oder „sauren Kerne“ dunkelrot gefärbte, undurchscheinende Kerne treten.

Von der Ansicht ausgehend, dafs der Verlust des Zusammenhanges mit der Stachelschicht für die Entstehung eines einzelligen Organismus die wesentlichste Vorbedingung sei und deshalb zuerst wohl der Faserschwund auftrete, suchte ich lange Zeit nach faserlosen Epithelien in der Stachelschicht und erschwerte mir damit meine Aufgabe. Der Verlust der Fasern scheint beim Übergang der Stachelzelle zur X-Zelle die letzte Phase der Veränderung darzustellen. Die Figuren 29 bis 34 geben Übergangszellen aus dem Präparat wieder, dem Figur 2 entnommen ist, und gleichzeitig in einer — natürlich willkürlich von mir konstruierten — Reihenfolge, mit welcher ich die wahrscheinlichste Richtung des zu grunde liegenden Prozesses andeuten möchte.

Fig. 29 zeigt vier Epithelien im Zusammenhange, zwei normale (*a* und *b*) und zwei stark veränderte (*c* und *d*), die aber noch mittels normaler Fasern mit *a* und *b* verbunden sind. Ganz verändert zeigt sich

das Protoplasma von *c* und *d*, indem es tief dunkelblau gefärbt, kompakt, undurchsichtig und nach aufsen scharf konturiert erscheint. Hiermit ist die Bedingung 3. zuerst und nahezu vollständig erfüllt. Nur erscheint der dunkelblaue Zellleib schmäler als bei den X-Zellen, und dieses hängt mit einer gleichzeitigen sehr merkwürdigen Veränderung der Kernhöhle und des Kernes zusammen. Der Kern der Stachelzelle schwindet nämlich vollständig mit Ausnahme einiger kernkörperchenartiger Gebilde und hinterläfst dabei eine sehr weite Kernhöhle (29 *c*, 29 *d* und 30). Ob sich die kernkörperartigen, dunkelrot gefärbten, homogenen rundlichen Körperchen dabei alle neubilden oder zum Teil die oder das alte Kernkörperchen repräsentieren, konnte ich nicht entscheiden. Jedenfalls überrascht in diesen veränderten Zellen die grofse Zahl (vier bis sechs und mehr) dieser Körperchen, die in der anscheinend freien und grofsen Kernhöhle unregelmäfsig zerstreut liegen. Ist nun die Reihenfolge der weiteren Veränderungen richtig, wie sie in den Figuren 31 bis 34 abgebildet sind, eine Folge, die der allmählichen Atrophie des Faserapparates gemäfs konstruiert ist, so würden die kernkörperartigen Gebilde mit einander zu gröfseren Klumpen von derselben Beschaffenheit verschmelzen. Dann bedeuteten die einheitlichen Kerne der X-Zellen das Endprodukt einer Verschmelzung, zwei und drei Kerne in demselben (6, 19, 21, 22, 23) eine weniger fortgeschrittene Verschmelzung und nicht eine Kernteilung. Wie dem auch sei, der ganze Vorgang ist als ein Ersatz der Kerne der Stachelzellen durch umfangreiche, kernkörperartige Massen zu betrachten, wenn man will: eine kernkörperartige, „nukleoloide“ Degeneration. Dieselbe hat eine gewisse Ähnlichkeit mit der Umwandlung der gewöhnlichen Epithelkerne in die stark basophilen, total „sauren“ Kerne (26 *d*, 28 *d*), welche bei dieser Färbung sich auch stark mit Safranin beladen. Aber die Umwandlung in „saure“ Kerne geht ohne den Zerfall der Kerne und Auftreten einer gröfseren Kernhöhle vor sich. Mit den geschilderten Kernveränderungen sind die Bedingungen 4. und 5. wirklich und auf eine unerwartet einfache Weise erfüllt, und zugleich hat die Bedingung 3. durch Verdickung des Zellleibes und Anschlufs an die neugebildeten Kerne ihre volle Erfüllung erhalten. Die so in ihrer Substanz veränderten Epithelzellen gleichen jedoch noch durchaus nicht völlig den X-Zellen, wie die Figuren 31 und 32 zeigen, denn sie hängen noch mittels gut gefärbter starker Fasern mit den Nachbarzellen zusammen. Der Übergang zu X-Zellen wäre daher nicht lückenlos, wenn es mir nicht mehrmals geglückt wäre, derartige Übergangszellen mit nur noch ganz wenigen und schliefslich nur noch mit einer Faser zu entdecken (34). Zugleich mit dieser Faseratrophie geht eine Abrundung und Wandverdickung des Zellleibes einher, und damit sind die Bedingungen 1. und 2. erfüllt, bis auf den einen Punkt, der für die X-Zellen so charakteristischen,

vielgestaltigen Ausläufer. Bedenkt man die hier geschilderte Entstehung, so könnte man diese Ausläufer (8, 10, 12, 13, 17, 19, 20, 21, 22, 24) als passiv entstandene Aussackungen betrachten, dadurch entstehend, dafs die Zellen einseitig aus dem Faserverbande gelöst und diejenigen Partien des Zellleibes zu Ausläufern werden, die besonders eng oder stark mit den Nachbarzellen verknüpft waren. Die Figur 32 könnte eine solche Annahme plausibel machen. Wäre diese Auffassung die allein richtige, dann wäre damit das Urteil über die X-Zellen gesprochen. Es wären eigentümliche und in bisher unbekannter Weise degenerierende Epithelzellen; ihre intrazelluläre Lage resultierte aus ihrer Entstehung aus einzelnen Epithelien, ihre scheinbar durch amöboide Bewegungen entstehenden Formen erklärten sich alle durch unregelmäfsige Ablösung aus dem Faserverbande unter Annahme einer gewissen Plastizität des Zellkörpers.

So leicht können wir aber mit den X-Zellen nicht fertig werden. Es kommen nämlich sehr häufig Formen vor, die sich ohne die Annahme selbständiger Bewegung zwischen den Epithelzellen kaum erklären lassen. Dahin rechne ich, von weniger beweisenden Formen vorderhand absehend, insbesondere zwei Vorkommnisse, die in den Figuren 26 und 27 abgebildet sind. Wären nämlich die X-Zellen wirklich nur passiv in die übrige Stachelschicht eingeschlossene Degenerationsprodukte, so müfsten sie, analog den hyalinen und verhornten Produkten, den am Orte herrschenden Druck- und Spannungsverhältnissen gehorchen, also beispielsweise dort, wo die Stachelzellen alle nach einer Richtung gestreckt verlaufen, diese Richtung teilen. Aber gerade das Gegenteil kommt zuweilen vor, und Figur 26 gibt eine Vorstellung davon. Hier sind drei X-Zellen (*a*, *b*, *c*) abgebildet, alle langgestreckt mit Ausläufern versehen, welche die gemeinschaftliche Richtung von fünf Epithelzellen geradezu rechtwinklich kreuzen und offenbar den Eindruck erwecken, dafs sie sich zwischen ihnen, analog wie Leukozyten, ihren Weg bahnen, wobei sie zwischen den Fasern, wie in einem Gitterwerk, hinschlüpfen (26 *c*).

Der zweite nach meiner Anschauung eindeutige und entschieden für eine aktive Bewegungsfähigkeit sprechende Fall ist in Figur 27 abgebildet und kommt ebenso häufig vor wie der eben besprochene. Hier sind zwei X-Zellen in Epithelzellen hineingekrochen unter starker Erweiterung der Kernhöhle. Die X-Zelle *a* liegt neben dem Kerne, die X-Zelle *b* ist ganz über den grofsen, „sauren" Kern einer Epithelzelle hinweggekrochen. Derartige Vorkommnisse lassen sich nicht mit der einfachen Hypothese einer Epitheldegeneration kurzerhand abtun.

Figur 28 stellt schliefslich den öfter vorkommenden Fall dar, dafs der Ausläufer einer X-Zelle (28 *a*), auch wenn diese im übrigen die Faserbrücken der Epithelien kreuzt, sich so nahe einer Faser anlegt (der

untersten Verbindungsfaser zwischen Zelle *d* und *e*), dafs sie von dieser zu entspringen scheint. Im vorliegenden Falle liefs sich durch Benutzung der Mikrometerschraube erweisen, dafs die X-Zelle das Fasersystem ebenso frei durchzog wie die X-Zelle 28 *b*. Einfache Anlagerungen dürfen also mit den geschilderten Übergangszellen nicht zusammengeworfen werden.

Wir kommen also zu dem merkwürdigen Resultate, dafs, obwohl die Abstammung der X-Zellen von Epithelzellen als mit grofser Wahrscheinlichkeit erwiesen angesehen werden kann, dieselben sich nicht wie einfache absterbende oder abgestorbene Degenerationsprodukte verhalten, sondern offenbar, analog den Leukozyten, Wanderungen in der Stachelschicht unternehmen. Auf dieser Eigenschaft, welche dann auch den Formenreichtum befriedigender als obige Hypothese allein erklärt, beruht die grofse Ähnlichkeit dieser Pseudoepithelien mit gewissen einzelligen Parasiten[3] und an diese Eigenschaft wird sich in Zukunft alles Hypothetische anschliefsen, was zweifellos mit diesen merkwürdigen Zellen in Zusammenhang gebracht werden wird. Man sieht, dafs diese eigentümlichen Zellen noch sehr rätselvolle Gebilde darstellen; es sind vorderhand — X-Zellen.

---

[3] Als ich am 23. Juni 1903 zum ersten Mal die X-Zellen in der biologischen Abteilung des Hamburger ärztlichen Vereins demonstrierte (siehe *Münch. med. Wochenschrift* vom 18. August 1903, S. 1445), hielt ich es noch für wahrscheinlich, dafs dieselben körperfremde Gebilde darstellten, und nannte sie: eigentümliche, bisher unbekannte Organismen in spitzen Kondylomen. Bei weiterem Studium ist mir diese Auffassung, trotz der Parasitenähnlichkeit, welche die X-Zellen auszeichnet, unwahrscheinlich geworden. Anhangsweise erwähne ich noch, dafs es mir trotz ausgedehnter speziell darauf gerichteter Versuchsreihen bisher nicht geglückt ist, die X-Zellen mittels einer zweiten Färbemethode darzustellen.

Aus der Praxis.

Verhängnisvolle Launen des Schliefsmuskels.

Ein Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper in Harnröhre und Blase.

Von

Dr. med. Carl Berliner
in Aachen.

Am 11. November konsultierte mich in früher Morgenstunde Kaufmann H. aus A., ca. 30 Jahre alt und verheiratet. Bleich vor Schreck und den Angstschweifs im Gesicht teilte mir der Patient mit, dafs er sich vor 20 Minuten rein aus Neugier und Spielerei einen langen Gummischlauch in die Harnröhre eingeführt habe und denselben trotz mehrfacher Versuche nicht wieder herausziehen könne.

Bei der Besichtigung bot sich mir ein tragikomischer Anblick dar. Aus dem Orificium externum des schlaffen Penis hing ein Stück schwarzer Gummischlauch von 33 cm Länge und 4 mm Durchmesser herab. Auf Befragen erfuhr ich, dafs der eingeführte Schlauch zu Hause dazu benutzt worden sei, um frisches Wasser aus der Wasserleitung in ein kleines Aquarium zu leiten und eine Länge von 115 cm gehabt habe. Somit befand sich in der Harnröhre und Blase ein 82 cm langes Stück, wovon bei einer normalen Länge der Harnröhre von 18 cm in der Blase noch 64 cm Schlauch liegen mufsten. Ich schnitt zunächst das herabhängende Stück bis auf 10 cm von der Harnröhrenmündung entfernt ab und begann vorsichtig zu ziehen; aber ohne Erfolg. Gröfsere Kraft beim Extrahieren anzuwenden, hatte das Bedenken, dafs der Schlauch in der Harnröhre entzweireifsen und die Situation wesentlich verschlimmern konnte. Meine Hoffnung, dafs durch die Angst und die Aufregung des Patienten vielleicht ein Spasmus des Schliefsmuskels an dem Mifslingen der Extraktionsversuche schuld sei, sollte mich nicht täuschen. Ich liefs den Patienten urinieren; nur wenige, schwach blutig gefärbte Tropfen wurden seitlich vom Schlauche, nicht im Lumen desselben, sichtbar. Wasser aus dem Irrigator in einer Höhe von 2 m durch den in der Harnröhre befindlichen Schlauch geleitet, überwand den Schliefsmuskelkrampf nicht. Ich wartete nun zu, bis der Patient sich einigermafsen beruhigt hatte, lenkte seine Aufmerksamkeit durch die Unterhaltung über das Wetter und die Politik von seinem Schlauche ab und zog plötzlich an. Der Krampf hatte nach-

gelassen, und ich extrahierte etwa 30 cm, als wiederum Stillstand eintrat. Weiteres Abwarten von 20 bangen Minuten, und es gelang mir von neuem, ein gehöriges Stück vorwärts zu kommen, bis die Laune des Schliefsmuskels noch einmal meinen Versuchen ein Ende setzte. Im ganzen waren 55 cm extrahiert und abgeschnitten worden. Um festeren Halt beim Ziehen zu haben, führte ich eine Kautschukbougie durch den Schlauch, vermochte dieselbe jedoch nicht über den Schliefsmuskel hinauszubringen und wartete — nicht wenig durch den Patienten selbst aufgemuntert — voll innerer Unruhe wieder 15 Minuten, um in einem günstigen Augenblicke anzuziehen und den letzten Rest des Corpus delicti ans Tageslicht zu ziehen. Aufatmen und grofse Erleichterung auf beiden Seiten. Die Extraktion hatte nahezu eine Stunde in Anspruch genommen. Urethra und Blase wurden ausgespült, und der Patient entlassen. Eine Warnung, sich in Zukunft vor ähnlichen Spielereien in acht zu nehmen, brauchte ich ihm nicht mit auf den Weg zu geben, denn er versicherte mir, dafs ihm diese Stunde zeitlebens in Erinnerung bleiben würde. Die Manipulation hatte im übrigen keinerlei nachteilige Folgen gehabt.

Im Anschlufs an den vorstehenden Fall kann eine kurze Betrachtung über den reflektorischen Krampf des Schliefsmuskels und der Sphinkteren am Platze sein.

Der Compressor urethrae stellt anatomisch einen die Pars membranacea umgebenden Muskelapparat dar, der aus einer innern Lage glatter, sowohl longitudinaler wie zirkulärer Muskelfasern und einer äufseren Schicht quergestreifter, dem Willensimpuls folgender Muskulatur besteht und für gewöhnlich sich im Zustande tonischer Kontraktion befindet. Auch die Pars prostatica umgibt glatte Ringmuskulatur, die normalerweise tonisch kontrahiert ist und als Sphincter prostaticus externus und internus einen Verschlufs gegen die Blase hin bildet. Der Tonus des Sphincter prostaticus resp. des Compressor urethrae erfährt unter gewissen, sei es von der Blase her auf die Pars prostatica oder von aufsen her auf die Pars membranacea direkt einwirkenden Reizen oder auch indirekt vom Gehirn aus eine reflektorische Verschärfung, welche sich besonders bei nervösen, reizbaren Individuen oder bei entzündlichen Zuständen der Harnröhrenschleimhaut bis zum Krampf steigern und die Urethra für den Durchtritt von Flüssigkeiten oder festen Gegenständen impermeabel machen kann. Bei Reizen mäfsigen Grades, z. B. der Einspritzung einer indifferenten Flüssigkeit mittels gewöhnlicher Tripperspritze, genügt der normale Tonus der glatten Muskulatur der Pars membranacea, um das weitere Eindringen der Flüssigkeit in die hintere Harnröhre und Blase zu verhindern. Gröfsere und unter hohem Druck injizierte Mengen werden zunächst den Tonus des Compressor urethrae krampfartig verstärken und erst bei Nachlafs des

Krampfes die hintere Harnröhre passieren. Ein Guyonscher, ein Nelatonscher Katheter überwindet unter normalen Verhältnissen viel leichter die tonische Kontraktion als eine Metallsonde, deren Druck und Schwere einen intensiveren Reiz auf die Harnröhrenschleimhaut bilden. Tritt zu diesem Reize bei dem gröfseren Respekt, den die Patienten für gewöhnlich den Metallsonden gegenüber den weichen Kathetern zollen, noch die psychische Erregung hinzu, so steigert sich die tonische Kontraktion zum wirklichen Spasmus, an dem wahrscheinlich aufser dem Compressor urethrae auch der Sphincter prostaticus teilnimmt. Der Willensimpuls der Patienten vermag diesen Spasmus ebensowenig zu beendigen, wie er die Dauer einer durch psychische Erregung provozierten Retentio urinae abzukürzen im stande ist. Eine alltägliche Erfahrung der Sprechstunde ist es, dafs Patienten selbst bei gefüllter Blase in Gegenwart des Arztes nicht gleich urinieren können, sondern erst nach minutenlangem Warten abseits und dem Blicke eines anwesenden Zeugen völlig entrückt selten mehr als ein ganz minimales Quantum Urin überreichen. Einem ähnlichen psychischen Harnröhrenkrampf begegnen wir nach seelischen Affekten, besonders nach Schreck und Angstzuständen, auch nach sexuellen Erregungen. Nur zu leicht ist man geneigt, einen psychischen Spasmus des Compressor urethrae für eine Striktur anzusehen und dementsprechend therapeutische Mafsnahmen zu treffen. Ehe man sich jedoch dazu entschliefst, sollte die Erwägung, dafs ein momentaner Harnröhrenkrampf vorliegen könnte, und dafs dem Krampfzustande in vielen Fällen über kurz oder lang wieder ein Zustand der Erschlaffung des Schliefsmuskels zu folgen pflegt, zu ruhigem Abwarten und zu besonnenem Handeln auffordern.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Dezember 1903.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Strassmann berichtet über die Weiterbeobachtung der am 3. Febr. 1903 von Hollstein demonstrierten Patientin mit **artefiziell erzeugter multipler Hautgangrän** (*diese Zeitschrift*, Bd. 36, S. 255). Es gelang, während ihres Aufenthaltes in der Klinik des Vortragenden, bei ihr ein Fläschchen mit starker Chlorzinklösung zu finden. Sie gab später an, damit ihre Haut bearbeitet und die Lösung in ihr Rektum eingespritzt zu haben. Das Rektum wurde wegen hochgradiger Verengerung vor kurzem im Krankenhaus am Urban exstirpiert. Mit der vorhandenen Lösung gelang es dem Vortragenden indessen nicht, Ulcerationen auf der Haut der Kranken hervorzubringen. Er läfst die Frage bis zu einem gewissen Grade offen, ob in dem Chlorzink die wirkliche Ursache der Gangrän gefunden sei.

Diskussion: Blaschko freut sich der Bestätigung seiner schon vor Jahren ausgesprochenen Auffassung dieses Falles. Für das Nichtgelingen des Ätzexperiments macht er die Abwesenheit von Infektionserregern verantwortlich, hält es aber nicht für einen Gegengrund gegen die Annahme, dafs das Chlorzink die wahre Ursache der Gangrän sei.

Hollstein hebt hervor, dafs die Effloreszenzen ganz den hysterischen Artefakten entsprachen, welche durch die Kombination von chemischer und mechanischer Reizung entstehen. Zudem ist Patientin seit ihrer Entlarvung frei von Rezidiven geblieben, ganz so, wie es stets in diesen Fällen von Hysterie zu gehen pflegt.

H. Isaac hebt ebenfalls die Infektion geätzter Stellen als unterstützendes Moment hervor.

Saalfeld versucht, gestützt auf gewisse Eigentümlichkeiten des Falles, die schon bei der vorigen Vorstellung zurückgewiesene Deutung als Tuberkulose zu vertreten.

Strassmann erwähnt, dafs Impfversuche mit dem Pustelinhalt ebenfalls erfolglos blieben.

2. Posner hält einen Vortrag über einige **Härtungs- und Färbungsmethoden von Eiter und organischen Harnsedimenten**. Er empfiehlt die Härtung des feuchten Eiterpräparates in Osmiumsäuredämpfen, welche die Form der Eiterzellen und die Disposition der Bakterien in ihnen besser fixiert als die Erhitzung des lufttrockenen Präparates. Die Protoplasmastrukturen werden nicht so gut konserviert wie bei den Erhitzungsprozeduren. Besonders wichtig erscheint dem Vortragenden die Osmiumhärtung zur Konservierung von Prostatasekret und von Harnzylindern. Zur Färbung der Granula empfiehlt Vortragender das Farbgemisch von May-Grünwald (eosinsaures Methylenblau in besonderer Auflösung). Färbung des lufttrockenen, nicht erhitzten Präparates drei bis vier Minuten lang. Aus dem histologischen Bild des Eiters läfst sich kein Schlufs auf die Dauer des blennorrhoischen Prozesses ziehen, weder sprechen die eosinophilen Zellen für kurzen Bestand (Bettmann), noch für Prostatitis (Neisser), noch die einkernigen mit basophilem Protoplasma für lange Dauer (Pappenheim). Letztere Zellen demonstriert Vortragender aus dem Eiter einer ganz frischen Blennorrhoe.

3. Blaschko demonstriert eine 36jährige Frau, welche seit 15 Jahren mit Intermissionen an typischer **Pityriasis rubra pilaris** leidet. Der jetzige Ausbruch besteht seit vier Wochen. Lokalisation (Ähnlichkeit mit sicher infektiösen Hautleiden) und Verlauf (Ausgang vom Follikel, peripherische Ausbreitung bis zu Konfluenz der Einzeleffloreszenzen zu grofsen Plaques) deuten dem Vortragenden an, dafs die Pityriasis rubra pilaris eine parasitäre Krankheit sei, deren Erreger sich in den Follikeln ansiedelt.

4. Schaarwächter demonstriert einen Mann mit **Reinfectio syphilitica**. 1891 harter Schanker; Schmierkur bei Lazarettgehilfen. Erst im September 1898 Rezidiv: nässende Papeln, Psoriasis plantaris, Angina, die durch zwölf Injektionen von Hg salicylicum beseitigt wurden. Ein Jahr darauf Heirat; Geburt eines Kindes, das unter Erscheinungen eines Leberleidens starb. Vor einigen Monaten Aufnahme mit Geschwüren am Glied, denen nach einiger Zeit Inguinaldrüsenschwellung und zwölf Wochen nach einem Coitus impurus Roseola folgte. Diese ist zurzeit, da er sechs Injektionen von Hg salicylicum bereits erhalten hat, abgeheilt, die Sklerosennarben noch sehr deutlich hart.

5. Palm demonstriert eine Frau mit sehr hochgradiger **idiopathischer Hautatrophie** an beiden unteren Extremitäten bis zur Hüfte, und am rechten Arm. Auffallend ist die Neubildung sulziger Massen im atrophischen Hautgebiet, welche zuweilen die knittrige Oberfläche wieder ganz ausfüllen, so dafs Patientin an eine Heilung glaubt.

6. Bäumer demonstriert die histologischen Präparate dieses Falles, in denen das eigentümlich sulzige Gewebe in Form ungefärbter Herde in der tiefen Cutis zum Vorschein kommt.

7. Bäumer demonstriert einen Mann mit **Blennorrhoe** eines in der Raphe penis gelegenen langen **paraurethralen Ganges**, ohne dafs die Urethra zu irgend einer Zeit von Blennorrhoe ergriffen gewesen wäre.

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 8. Juni 1903.

(Deutsche medizinische Wochenschrift. 1903. Nr. 29.)

Heller zeigt Präparate eines Falles von **akuter Blennorrhoe mit Endokarditis, Embolie und Dermatitis pyaemica.** Die interessante Krankengeschichte ist kurz folgende: Ein 47jähriger, sehr kräftiger Beamter hatte von einer im Jünglingsalter durchgemachten Blennorrhoe eine Striktur zurückbehalten. Bei der jetzigen frischen Blennorrhoe fanden sich im Eiter aufser Gonokokken zahlreiche andere Mikroorganismen, besonders Staphylokokken. Der Tripper ergriff die hintere Harnröhre, die Blase und Prostata und verlief mit leichtem Fieber. Eines Tages wurde ein purpuraartiges Exanthem, mit vorwiegender Lokalisation an Händen und Füfsen, festgestellt. Zwei Tage später erfolgte eine linksseitige Hemiplegie, es trat hohes Fieber, komatöser Zustand ein; nach wenigen Tagen starb der Patient. Am Herzen hatte man aufser etwas unreinen Herztönen nichts finden können. Es hatte zweifellos eine Endokarditis vorgelegen, die zu einer Embolie und vielleicht einer sekundären Blutung ins Gehirn geführt hatte. Eine Sektion konnte nicht ausgeführt werden, Verfasser konnte aber einige Hauteffloreszenzen untersuchen. Es zeigte sich, dafs das Exanthem aus einer Unzahl kapillärer Embolien bestand, viele Kapillaren waren geradezu mit Mikroorganismen ausgegossen; daneben fanden sich als sekundäre Veränderungen Zerstörung der Gefäfswand, Austritt von Blut, entzündliche und beginnende Reparationsvorgänge. Die Mikroorganismen waren nicht Gonokokken, sondern Staphylokokken; es lag also eine Dermatitis pyaemica vor, kein „blennorrhoisches" Exanthem. Heller betont zum Schlusse, dafs man nach diesem Fall nicht jede Endokarditis bei Blennorrhoe als blennorrhoische Endokarditis ansehen darf, sondern dafs es sich auch um Mischinfektionen handeln kann.

In derselben Sitzung demonstriert Fritz Meyer einen Fall von **blennorrhoischem Panaritium.** Die Patientin war ein 22jähriges Mädchen, das an Tripper und an Tripperrheumatismus litt, und bei dem im Anschlufs an eine unbedeutende Verletzung ein Panaritium cutaneum an der Radialseite des rechten Mittelfingers aufgetreten war. Schmerzen bestanden nur vor Enstehung der Eiterblase. Der mit allen Kautelen aufgefangene Eiter enthielt intrazellulär gelagerte Diplokokken, die sich nach Gram entfärbten und auch tinkturell die Eigenschaften der Gonokokken zeigten. Jedenfalls ist dies Panaritium die Folge einer Kontaktinfektion. — In der Diskussion berichtet Cassel über einen von ihm beobachteten und kürzlich publizierten Fall; er betraf ein wenige Tage altes Kind mit Ophthalmoblennorrhoe und multiplem, blennorrhoischem Rheumatismus, bei dem sich auf der Haut des Rückens ein haselnufsgrofser, furunkulöser Abszefs bildete. Im Eiter wurden Gonokokken in Reinkulturen nachgewiesen. Auch hier dürfte es sich wohl um Kontaktinfektion gehandelt haben. *A. Loewald-Kolmar.*

Dermatologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 28. Mai 1903.

Originalbericht von Ludwig Moberg-Stockholm.

1. Afzelius stellt ein 26jähriges Fräulein mit nadelkopfgroſsen bis mehr als pfenniggroſsen **atrophischen Flecken** vor. Am Halse und an der oberen Brustregion sind eine Menge ziemlich dicht bei einander stehender, sehr kleiner atrophischer Flecke und am Nacken bestehen einige gröſsere, etwas erhabene, aber mit atrophischer und gerunzelter Haut bedeckte rundliche Flecke.

2. Möller stellt vor eine Frau, deren sehr **ausgebreiteter Gesichtslupus** durch Behandlung nach Finsen geheilt ist, und die jetzt nach 4½ Monaten keine Spur von einem Rezidiv aufweist; ferner einen Patienten, der früher mit **Lupus follicularis disseminatus** demonstriert worden ist. Auch er ist jetzt durch Finsen-Behandlung geheilt.

3. Sederholm demonstriert ein 17jähriges Mädchen mit einer an der Dorsalseite der rechten Hand und dem rechten Arm lokalisierten **Hautaffektion**. An der Radialseite der Hand findet sich ein cyanotischer Fleck, wo die Haut atrophisch ist. Sie fühlt sich infiltriert und hart an, ähnlich wie bei Sklerodermie, ist etwas durchleuchtend, und die Follikeln treten durch ihre Röte besonders hervor. Am Ulnarrande ist ein Streifen von ähnlichem Aussehen, und diese Veränderung setzt sich auf das angrenzende Gebiet des Unterarmes fort. Am Oberarm ist ein oberflächliches Erythem mit scharfem Rande. Die Patientin ist sonst gesund, und die Hautaffektion, welche seit zwei Jahren besteht, zeigt keine subjektiven Symptome. Die Diagnose ist nicht ganz klar. Es handelt sich hier wahrscheinlich um Veränderungen der Haut, welche mit oberflächlicher Hyperämie der Papillarschicht, vielleicht auch mit etwas Infiltrat einhergehen. Die Hyperämie bleibt am stärksten um die Follikel. Wahrscheinlich beginnt die Infiltration in den oberflächlichen Schichten der Kutis, breitet sich dann weiter aus und gibt das feste Resistenzgefühl bei der Palpation. Später beginnt die Atrophie. Der Verlauf spricht für einen inflammatorischen Prozeſs, und wahrscheinlich gehört dieser Fall zu den von Herxheimer als Acrodermatitis chronica atrophicans bezeichneten Erkrankungsformen.

Sitzung vom 24. September 1903.

1. Moberg stellt eine Patientin mit **Lichen planus** von sehr groſser Verbreitung vor. Die Krankheit ist in gröſseren und kleineren Herden über den ganzen Stamm, die Arme und Beine, hier und dort auch bandförmig verbreitet, und an den Unterschenkeln sind groſse, zusammenhängende hypertrophische Plaques zu sehen. Weiter sind die Veränderungen an den Fuſssohlen zu bemerken. Hier bestehen zerstreute kleine, etwas mehr als nadelkopfgroſse Effloreszenzen, die zuerst an kleine Bläschen erinnerten, welche jetzt aber nach dem Abschuppen aussehen, als wäre die Haut von kleinsten Löchern durchbohrt. Ob diese Veränderungen zum Krankheitsbild gehören, oder ob sie durch die Arsenbehandlung hervorgerufen sind, muſs dahingestellt bleiben. An den Händen werden ähnliche Veränderungen vermiſst. Die Behandlung besteht in Pil. Asiat. innerlich, und Unnas Lichensalbe äuſserlich; die Besserung schreitet schnell fort.

2. Möller und Afzelius demonstrierten einen Patienten mit **Dermatitis nodularis psoriasiformis** (Jadassohn), s. **Parapsoriasis** (Brocq). Die Krankheit entstand vor zwei Jahren zuerst als makulöser und papulo-pustulöser Ausschlag und war damals einem pustulösen Syphilid sehr ähnlich. Eine kräftige antiluetische Behandlung wurde deshalb durchgeführt, aber ohne Erfolg. Einen Monat später hatte die Eruption einen mehr nodulären Typus, kleine rotbraune Papeln zuerst nicht ab-

schuppend, später mit kleinen, glänzenden Schuppen bedeckt. Durch Vergrößerung und Konfluenz der Papeln entstanden noch etwas später größere, gelbbraune Flächen mit diffusen Rändern und pityriasisähnlicher Abschuppung und mit eingestreuten kleinen Papeln von oben erwähntem Aussehen. In diesem Stadium war die Krankheit dem von Juliusberg als Pityriasis lichenoides chronicus beschriebenen Falle sehr ähnlich. Die Haut bekam später ein mehr buntes Aussehen, denn auf den großen, pityriasisähnlichen Flächen traten kleine, unregelmäßige Flecke mit normaler Haut auf. Die Krankheit erinnerte damals mehr an Unnas Parakeratosis variegata. In der letzten Zeit ist wiederum der papulöse und lichenoide Typus mehr vorherrschend. (Psoriasiformes und lichenoides Exanthem, Neisser.)

Dieser Fall ist wie die oben genannten, von andern Autoren publizierten Fälle durch das mehr oder weniger psoriasisähnliche Aussehen, die diffuse Lokalisation am Stamme und den Extremitäten, wo Kapillitium und Gesicht verschont bleiben, durch den chronischen Verlauf und die Ohnmacht der Therapie charakterisiert. Ganz eigenartig aber ist das sehr wechselnde Aussehen der Effloreszenzen, es entstanden ja auch Pusteln, so daß man von einem varicellaähnlichen Typus der Krankheit sprechen kann.

Die histologische Untersuchung ergab ähnliche Befunde wie in vorher beschriebenen Fällen. Die Schuppen bestanden aus feinen Hornlamellen mit zum Teil gut gefärbten Kernen. Stratum granulosum und spinosum waren etwas vergrößert, und es bestand eine mäßige zirkumskripte Inflammation der Papillarschicht.

3. Moberg demonstriert eine 61jährige Frau mit **Acrodermatitis chronica atrophicans** (Herxheimer). Die Patientin stammt aus gesunder Familie und ist selbst im allgemeinen gesund gewesen, aber etwas schwach, und leidet seit mehreren Jahren an einer chronischen Gastritis. Sie ist seit 31 Jahren verheiratet, ist aber kinderlos. Wie lange die Hautaffektion besteht, weiß die Patientin nicht; nach ihrer Angabe müssen die Veränderungen an dem linken Knie mindestens acht Jahre alt sein. An der äußeren Seite des Knies bemerkte sie zuerst einen roten Fleck, der unbedeutend war, später schnell größer wurde und anfangs etwas verdickt oder geschwollen war. Nach Verlauf einiger Jahre stellten sich ähnliche Veränderungen am linken Fußrücken und auch mit entsprechender Lokalisation am rechten Bein ein. Die Krankheit war bei Beginn ohne subjektive Beschwerden, erst seit einigen Monaten klagt die Frau über die Empfindung von Kälte oder einigemal von brennender Hitze. Die Patientin ist klein und anämisch, mit schwacher Entwicklung des Fettpolsters. Die Haut ist schlaff und trocken. Innere Organe ohne Besonderheiten. Die Hautveränderungen sind von zwei Arten, größere diffuse und kleinere rundliche Flecke mit scharfer Begrenzung. Die diffusen Veränderungen sitzen am linken Knie und an beiden Fußrücken. Am linken Knie, wo sie am längsten bestehen, umfaßt die kranke Hautpartie die Kniescheibe. Die Haut ist hier von rötlicher Farbe, wechselt aber an verschiedenen Partien zwischen bräunlichrot, blaurot oder an den jüngsten Teilen etwas mehr hellrot. Beim Stehen wird die Farbe stärker (Senkungshyperämie). Die Haut hat ihre normale feine Felderung verloren, und ist diese durch gröbere Runzelung und Faltung ersetzt worden. Die Haut ist trocken, aber nicht spröde, noch schuppend; sie ist mehr durchscheinend und deutlich melastisch. Die subkutanen Venen treten durch die atrophische Haut deutlich hervor. Die Infiltration ist sehr unbedeutend, besteht aber an einigen Flecken. Die Veränderungen an den Füßen sind ähnlich, treten aber weniger hervor. Die kleinen rundlichen, scharf begrenzten Flecke sitzen an dem rechten Knie auf unveränderter Haut, meistens doch auf der diffus veränderten Partie des linken Knies und besonders an dessen Außenseite, wo die Hautkrankheit zuerst bemerkt worden ist. Die Flecke sind erbsen- bis

mehr als pfenniggroſs, narbenähnlich, und bei Palpation fühlt man nicht den gewöhnlichen Widerstand der Haut, sondern bekommt den Eindruck, als wäre die Haut über ein Loch gespannt. Die Haut ist unelastisch wie zerknittertes Zigarettenpapier, die Farbe ist blaurot bis, an den ältesten Flecken, fast weiſs und pigmentfrei. Am rechten Schenkel ist in der letzten Zeit ein kleiner roter oder gelbroter Fleck entstanden. Dieser ist deutlich infiltriert und repräsentiert wahrscheinlich das jüngste Stadium der Krankheit. Sensibilität und Reflexe sind normal. Dieser Fall ist durch die gleichzeitige Anwesenheit von diffusen und zirkumskripten Hautveränderungen eigentümlich.

4. Möller demonstriert einen Fall von **Lichen planus** der Extremitäten mit sehr erheblichem Jucken und mit Kratzeffekten und Licheneffloreszenzen, teilweise in Reihen angeordnet. Die schon lange durchgeführte innerliche und äuſsere Behandlung hatte die Krankheit bisher nur wenig beeinfluſst.

5. Möller stellt einen 33jährigen Patienten vor, welcher an einer sehr intensiven **Psoriasis nummularis et crustosa** und an **chronischem Muskel- und Gelenkrheumatismus** leidet. Wegen dieser Krankheiten ist er früher schon mehrmals ins Krankenhaus aufgenommen worden. Der Fall könnte vielleicht für „Psoriasis arthropathique" im Sinne der französischen Autoren angesehen werden, die Krankengeschichte aber lehrt, daſs es sich nur um eine zufällige Koinzidenz der Psoriasis und des Rheumatismus handelt.

Die Psoriasis besteht seit mehr als zehn Jahren, die Gelenkaffektionen sind erst etwas später im Zusammenhang mit einer Blennorrhoe aufgetreten und haben später mehrmals rezidiviert, zuerst selbständig, einigemal zusammen mit Ausbruch der Hautkrankheit, bis in diesem Jahre beide Krankheiten gleichzeitig und mit auffällig schweren und langdauernden Symptomen aufgetreten sind. Die Arsenbehandlung ist mehrmals versucht, wurde aber schlecht vertragen, und es scheint, als würde die Krankheit dadurch verschlimmert. Durch schwache Chrysarobinsalben, Bäder und gleichzeitig gegebene Atoxylinjektionen trat einige Verbesserung ein. In andern Psoriasisfällen haben die Atoxylinjektionen keine sicheren Resultate ergeben.

Diskussion: Sederholm hebt hervor, daſs er durch seine Erfahrung überzeugt worden ist, daſs einigemal ein inniger Zusammenhang zwischen Psoriasis und Gelenkaffektionen besteht, und daſs daher die Aufstellung einer „Psoriasis arthropatique" sicher ihre Berechtigung hat. In diesen Fällen ist die Psoriasis oft atypisch, besonders mit atypischer Lokalisation. Daſs oft dasselbe Mittel gleichzeitig auf die Haut- und Gelenkaffektion einwirkt, weist auf denselben pathogenetischen Ursprung hin.

Möller erwidert, daſs er nur über den vorgestellten Fall gesprochen hat, und in diesem handelt es sich seiner Auffassung nach nur um eine zufällige Koinzidenz, nicht um eine wirkliche „Psoriasis arthropatique".

Moberg hatte, wie Möller, keine besonders guten Resultate von der Atoxylbehandlung gehabt. Er hatte dieses Mittel während des ersten Halbjahres in seiner Poliklinik in einigen Fällen von Psoriasis und Lichen planus geprüft. Die Resultate waren jedenfalls nicht besser als die interne Arsenbehandlung, aber für den Kranken unbequemer, da sie mindestens jeden zweiten Tag zur Behandlung wiederkommen muſsten.

6. Möller stellt drei Schwestern mit **Keratoma hereditarium palmare et plantare** vor. Weder die Eltern noch die zwei älteren Geschwister, noch andere Verwandte der Kinder haben an dieser Affektion gelitten. Die Krankheit besteht seit der Geburt und ist bei allen drei Mädchen von ähnlichem Aussehen und derselben Verbreitung. An den Händen sind die ganzen Volarflächen angegriffen, während die Dorsalflächen frei sind, nur an den Fingern und besonders um die Fingergelenke breitet sich die Krankheit fleckenweise auch über die Dorsalseite aus. Die Grenze

gegen die gesunde Haut ist scharf und durch eine etwa zentimeterbreite hyperämische, sonst gesunde Randzone markiert. Die Krankheit verbreitet sich auch ein wenig an den Unterarmen hinauf. Die befallenen Teile zeichnen sich durch die aufserordentlich hypertrophische Hornschicht aus, welche eine etwas gelbliche Farbe hat und mit tiefen unregelmäfsigen Furchen und teilweise mit schmutzig bräunlichen Gruben besetzt ist. Es besteht keine Schuppung, aber hier und da lassen sich gröfsere harte Schwarten ablösen. An den Fufssohlen sind ähnliche Veränderungen, welche sich auch hier bis zu den Malleolen erstrecken. Die Nägel sind normal und die Schweifssekretion nicht besonders gesteigert.

7. Almkvist referiert Dr. Matzenauers Arbeit über die **Vererbung der Syphilis.** Im Anschlufs an den Vortrag Almkvists erinnert Möller an Prof. Ödmanssons grofse Untersuchung über Syphilis congenita, welche leider auch in Fachkreisen noch unbekannt zu sein scheint. Auch Matzenauer kennt diese Arbeit nicht. Ö.s Untersuchungen umfassen 343 Mütter mit 345 Kindern, welche der Verfasser selbst während einer Zeit von etwa 30 Jahren gesammelt und untersucht hat. Durch die logische und streng kritische Bearbeitung dieses grofsen Materials lassen sie wenig Platz für unbewiesene Hypothesen und sind eine Quelle, wo Matzenauer wertvolle Stütze für mehrere seiner Sätze erhalten könnte. Prof. Ö.s Statistik gibt die Mutter als Ursache der Syphilis des Kindes an. Von 343 Fällen waren nur 13 Mütter, bei denen Symptome von Lues nicht bemerkt wurden, oder welche eine vorangegangene Infektion leugneten. Prof. Ö. bezweifelt aus diesem Grunde eine ex patre vererbte Syphilis. Ebenso spricht Ö.s Erfahrung gegen Profetas Gesetz. Die Möglichkeit einer temporären Immunität wird doch nicht bestritten. Durch eine grofse Menge von Ö.s Fällen wird die alte Auffassung bestätigt, dafs die Infektion des Kindes durch die Plazenta stattfindet. Ö. konnte bei einer beträchtlichen Zahl von graviden Weibern eine unzweifelhafte Primäraffektion entdecken, etwa in derselben Proportion wie bei nicht graviden Mädchen, die wegen luetischer Symptome zum erstenmal ins Krankenhaus aufgenommen wurden. Im Gegensatz zu den Angaben der meisten Verfasser ist oft kongenitale Lues aufgetreten, wo die Mütter sehr spät (im achten, einmal sogar im neunten Schwangerschaftsmonat infiziert) worden sind. In einigen dieser Fälle sind sekundäre Symptome bei der Mutter erst sieben Wochen nach der Entbindung aufgetreten; die Infektion des Kindes kann also kurze Zeit nach dem Auftreten des Primäraffektes bei der Mutter folgen. (Ödmanssons Arbeit ist im *Nord. Med. Arkiv*, 1898, veröffentlicht worden und ist in *Dermatol. Zeitschrift* ausführlich referiert.)

Prof. Welander erinnert an die Diskussion, welche im Jahre 1870 in Skandinavien über diese Frage geführt worden ist. Der norwegische Syphilidologe Oewre hob die Ansicht vor, dafs die Syphilis des Kindes von der Mutter vererbt würde, und er leugnete, dafs eine gesunde Mutter ein syphilitisches Kind gebären könnte, während die schwedischen Paediatrici Abelin und Kjellberg die entgegengesetzte Ansicht verteidigten. Mit seiner damals geringen Erfahrung konnte W. an der Diskussion nicht teilnehmen, obwohl er schon damals die Ansicht hegte, dafs Ö.s Auffassung richtig wäre. Hierin wurde er dadurch bestätigt, dafs er die Gelegenheit hatte, bald danach zwei Fälle zu untersuchen und zu verfolgen, welche als Beweis für die Vererbung der Syphilis ex patre galten. In diesen beiden Fällen konnte er den Beweis erbringen, dafs die als nicht syphilitisch angesehene Mutter schon während der Gravidität oder früher an Syphilis gelitten hatte. Seine Aufmerksamkeit wurde dadurch auf diese Frage besonders gelenkt, und seither hatte er alle ähnlichen Fälle genau beobachtet. Trotz seiner beinahe 34jährigen Erfahrung hatte er niemals einen einzigen Fall beobachtet, welcher zu beweisen vermochte oder es nur wahrscheinlich machte, dafs eine nicht syphilitische Mutter ein syphilitisches Kind gebären könnte.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

VI. Jahrg. Nr. 12.

Über Hetralin, ein neues Hexamethylentetraminderivat, von R. Ledermann. Das Hetralin ist ein nadelförmiger Körper, löslich in 4 Teilen heifsen, 14 Teilen kalten Wassers. Es ist luftbeständig und haltbar, wird in Tagesdosen von 1,5—2,0 gegeben und gut vertragen. Verfasser gab das Mittel bei akuter und chronischer blennorrhoischer Cystitis und hatte den Eindruck, dafs es gut wirkt, das Urotropin und Helmitol vielleicht übertrifft. Er empfiehlt es zu weiteren Versuchen.

Ein Fall von Skorbut mit einigen bemerkenswerten Hauterscheinungen, von P. Thimm. Ein sehr anämischer, heruntergekommener Mann, der sich seit Monaten nur auf das kümmerlichste ernährt hat, zeigt hochgradige Gingivitis mit Schweifsbildung und Lockerung der Zähne, Nasenbluten, einen Ausschlag der ganzen Körperdecke, bestehend in kleinen, flachkegelförmigen, rotbraunen Papelchen, die auf der Kuppe ein kleines, schwarzbraunes Knötchen oder Pustelchen tragen; nirgend Konfluenz, durchweg follikuläre Anordnung. Die mikroskopische Untersuchung eines exzidierten Hautstückchens ergibt direkt unter der Oberhaut eine kleine, von Epithel begrenzte Höhle, ausgefüllt von roten Blutkörperchen. Die Blutkörperchen sind stark erweitert; eine Färbung mit Unnas Wasserblau-Eosinmethode läfst deutlich geborstene Blutgefäfse erkennen. Die Hautanomalien waren besonders stark ausgebrochen nach einer energischen Einreibung mit 10%iger Naphtolseife. Bemerkenswert war ferner ein dunkelbraunroter, 2 mm breiter Saum unter den Nägeln, sowie die gelbbraune Färbung der vorhandenen Schwielen an Handfläche und Fufssohle.

VII. Jahrg. Nr. 1.

Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Blokuszewski. Verfasser hat neben seinen bekannten Apparaten „Samariter" und „Amicus" noch einen neuen konstruiert, den er „Sanitas" nennt. Er enthält 8%ige Albarginlösung. Den andern bekannten, zur Prophylaxe der Blennorrhoe angegebenen Apparaten gegenüber betont er die Vorzüge seines Verfahrens und erhebt auch mit vollem Recht Prioritätsansprüche. Zur Verhütung der Syphilis empfiehlt er eine „Wachswaschseifencrême" mit 1,6 Formalin, die vor dem Koitus eingerieben wird. Sie wird seinen Apparaten stets beigelegt. Im übrigen betont er die Unsicherheit der Vorbeugungsmittel gegen Syphilis, während er glaubt, dafs man die Blennorrhoe mit Sicherheit verhüten kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Monatsberichte für Urologie.

Band VIII, Heft 8.

200 Fälle von Katheterismus der Ureteren, von Michael Margulies. In sehr klarer und lehrreicher Weise schildert Verfasser die Technik bei der Ausführung des Ureterenkatheterismus, den er ohne gefahrbringende Folgen für die Patienten in 200 Fällen ausgeführt hat. An einigen Krankengeschichten beleuchtet er den grofsen Nutzen dieser Nierenuntersuchung für Diagnose und Therapie.

Kleine technische Mitteilungen, von Oscar Kraus. Die für die Litholapaxie nötigen Aspiratoren lassen sich schlecht sterilisieren. Verfasser hat diesem Übelstande abgeholfen, indem er einen Aspirator konstruierte (hergestellt bei Leiter in Wien und Weiss & Sons in London), der nur aus einem Ballon und dem gläsernen Steinrezipienten besteht. Das Instrument gestattet die genaue Beobachtung aller den Katheter verlassenden Partikelchen und funktioniert vorzüglich. — Des weiteren empfiehlt Verfasser ein Spekulum mit langen Branchen zum Auseinanderhalten der Wundränder bei Sectio alta, eine Pinzette zum Festhalten der Prostata bei der Prostatectomia perinealis und einen Fläschchenständer für urologische und andere Zwecke (hergestellt von H. Dümmler in Wien).

Band VIII, Heft 9.

Über Sectio alta im Kindesalter, von P. L. Tichow. Rasumowski hat ein Verfahren zum Schlusse der bei Sectio alta der Kinder erzeugten Blasenwunde angegeben, welches Verfasser eingehend schildert. Die Blase wird durch Metallnähte geschlossen, welche nicht versenkt, sondern später entfernt werden, so dafs ein Zurückbleiben von Nahtmaterial in der Blase verhütet wird. Die Blase selbst wird an der vorderen Blasenwand fixiert. So hat man kein Rezidivieren der Steinbildung zu befürchten, während die Blase fest geschlossen wird. Selbst wenn die Naht mifslingt, entstehen nur kleine, schmale Fisteln, nicht eine klaffende Öffnung. Auch bei bestehender Cystitis ist die Naht bei Kindern anwendbar; nur äufserst schlechter Allgemeinzustand und Bestehen schwerer Nephritis bilden Kontraindikationen. Durch zwölf Krankengeschichten werden die Erfolge beleuchtet.

Ein mit Miktion endender Koitusfall, von Moriz Porosz. Ein Patient litt jahrelang an Defäkationsausfluſs, schwer auftretenden Erektionen, Ausbleiben des Wollustgefühles, Nachträufeln des Urins. Später stellte sich am Schlusse des Koitus eine Harnentleerung ein. Verfasser nimmt an, dafs es sich hier um die Vorboten eines Rückenmarksleidens handelt.

Band VIII, Heft 10.

Beitrag zur Kasuistik der Nierentuberkulose, von L. O. Finkelstein.

Über einen Fall von doppeltem Nierenbecken und Ureter bifidus. Katheterisation des gesunden Teiles. Fehldiagnose. Tod nach der Operation, von Hugh H. Joung.

Über Gonosan, Sammelreferat von Boss. Aus der Literatur zieht Verfasser die Schlüsse: 1. Gonosan beseitigt die heftigen Beschwerden und Schmerzen, die bei der akuten Blennorrhoe, mag sie im vorderen oder hinteren Teile der Harnröhre lokalisiert sein, gewöhnlich auftreten. 2. Die stark adstringierende und antiseptische Eigenschaft des Gonosan verhütet bei Einhaltung der Diätvorschriften ein Übergreifen des Prozesses auf den hinteren Teil der Harnröhre, wodurch Komplikationen und eine lange Dauer der Krankheit vermieden werden. 3. Von allen Balsamicis wird Gonosan am besten vertragen. Es greift den Magen nicht an, erzeugt keinen Widerwillen, keine Übelkeit, kein Ekelgefühl und ruft keine Nierenreizung hervor. Es kann somit wochenlang ohne Nachteil genommen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band 2. Heft 1.

1. **Bemerkungen über die Folgen der sexuellen Abstinenz,** von W. Erb-Heidelberg. Die Ausführungen des Verfassers wenden sich gegen die Verallgemeinerung des Satzes von der gesundheitlichen Unschädlichkeit der geschlechtlichen Enthaltsamkeit. Dafs die letztere auf Naturae frigidae ohne jeden Einfluſs ist, mag zugegeben werden. Wie ist

ist es aber mit dem normal oder in erotischer Hinsicht positiver veranlagten Menschen, Männern wie Weibern? Erb hat eine ganze Reihe junger Männer, Witwer und Frühverlobter, kennen gelernt, welche unter dem Zwange sexueller Enthaltsamkeit physisch sehr leiden mufsten und sich teilweise der Onanie ergaben, an welche sich schwere neurasthenische Zustände schlossen. Diese Gefahren gelten natürlich für neuropathisch veranlagte Männer in erhöhtem Grade. Schwieriger läfst sich die Frage betreffs der Frauen beurteilen. Es gibt auch bei ihnen ganz differente sexuelle Veranlagungen. Viele Weiber sind kalte Naturen, Hysterische perhorreszieren vielfach den Beischlaf. Doch beobachtete der Verfasser auch viele ganz normal veranlagte Frauen, welche unter einer ihnen aus äufseren Umständen auferlegten Enthaltsamkeit schwer litten und neurasthenisch wurden. Allein auch Jungfrauen zarteren und besonders reiferen Alters erkranken infolge der ihnen versagten sexuellen Befriedigung an psychischen Störungen mit erotischen Momenten, sexuellen Vorstellungen und Halluzinationen, an Depressionszuständen, verbunden mit Fluor und Menstruationsbeschwerden.

2. **Stellung der Rechtsordnung zur Gefahr der Geschlechtskrankheiten,** von Josef Kohler. Der Verfasser schlägt folgenden Gesetzentwurf vor: „Jeder Bundesstaat hat das Recht, Toleranzen zu erteilen. Die Toleranzanstalten und der Verkehr in denselben unterliegen der polizeilichen Regelung der Bundesstaaten. Wer Toleranz hat, verfällt, sofern er sich in ihren Grenzen hält, der Kuppeleistrafe nicht. Der Erwerb der Toleranz hat den Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte auf die Dauer der Unzuchtbeförderung, jedenfalls aber auf fünf Jahre, zur Folge. Die Bundesstaaten können für alle Frauenspersonen, die aufserhalb der Toleranzanstalt gewerbsmäfsig Unzucht betreiben, Strafen bis zu ..... festsetzen." Es gilt unter allen Umständen, das von der Gewerbsunzucht ausgehende sanitäre Übel zu lokalisieren, mögen dieses Vorgehen auch immerhin die Gegner als Kasernierung der Unzucht oder Paktieren mit derselben bezeichnen. Die ärztlichen Untersuchungen müfsten dabei täglich und mit allen Hilfsmitteln der Wissenschaft erfolgen. Sie wären aber jedenfalls auch auf die Männer auszudehnen. Bürgschaften für Verschwiegenheit müfsten hierbei vorhanden sein. Nicht untersuchte und nicht gesund befundene männliche Besucher der Toleranzhäuser wären stets zurückzuweisen. „Wer im Bewufstsein seiner Infektion und im Bewufstsein dessen, dafs die geschlechtliche Verbindung in diesem Zustande regelmäfsig eine Ansteckung zur Folge hat, mit einem andern geschlechtlich verkehrt, der haftet für vorsätzliche Körperverletzung, sobald die Infektion eine Erkrankung des andern herbeiführt. Ein bürgerlicher Schadenersatzanspruch des Geschädigten ist zuzugestehen, sofern nicht in dem Beischlafe eine Unsittlichkeit vorliegt." Weiter befürwortet der Verfasser den Erlafs einer gesetzlichen Bestimmung folgender Art: „Wer wissend, dafs er an einer Infektionskrankheit (sc. sexueller Art. D. Ref.) leidet, mit jemandem in der Art geschlechtlich verkehrt, dafs eine Gefahr der Ansteckung entsteht, wird ..... bestraft. Unter Ehegatten findet eine Bestrafung nur auf Antrag statt. — Wer wissend, dafs ein anderer geschlechtskrank ist, mit ihm in einer Weise geschlechtlich verkehrt, welche die Gefahr der Ansteckung herbeiführt, wird gestraft. Bei einer gewerbsmäfsigen Dirne steht Fahrlässigkeit dem Wissen gleich. Unter Ehegatten findet hierwegen eine Verfolgung nicht statt." „Das Geheimnis der Ärzte ist unverbrüchlich. Kein öffentliches Geheifs kann sie davon befreien. Nur bezüglich der Kontrolldirnen besteht ein Anzeigerecht und eine Anzeigepflicht."

Band 2. Heft 2.

Die geschlechtliche Aufklärung der Jugend, von Hermann Schlesinger-Frankfurt a. M. Der Verfasser tritt für eine zweckmäfsige, zielbewufste Aufklärung unserer Jugend über die Angelegenheiten der Fortpflanzung und des Geschlechtslebens ein. Es ist besser, sie lernen diese Dinge in der Schule, ehe obscöne Zeitungsberichte,

unerlaubte Lektüre, Stellen aus der Heiligen Schrift oder den Klassikern sie anregen, sich über das Sexuelle im Menschen phantastischen Vorstellungen hinzugeben. Auch zwingen die Wahrnehmungen im Hause (Geburt später Geschwister) und auf der Straſse (Kopulation der Hunde, Begattung der Tiere in der Landwirtschaft) die Kinder zum Nachdenken über dies ihrem Wissen vorenthaltene Gebiet. Daſs die Eltern selbst den Kindern die Bekanntschaft mit dem stärksten Triebe des Menschengeschlechts und seinen Äuſserungen und Zielen vermittelten, wäre zwar der ideale Zustand, doch werden wohl nicht viele Elternpaare erfahren genug sein, sich dieser hohen Aufgabe geschickt und zweckmäſsig zu entledigen. Der Verfasser schiebt dieselbe vielmehr der Schule zu. Der Deutsche Verein für das Fortbildungsschulwesen stellte in dieser Richtung folgende Leitsätze auf: „1. Es ist anzunehmen, daſs die groſse Mehrzahl der Fortbildungsschüler eine mehr oder minder richtige Kenntnis des Geschlechtslebens hat. 2. Die Schüler bedürfen einer des mystischen Beiwerkes entkleideten sexualhygienischen Unterweisung, die sie einesteils vor den Gefahren der Selbstbefleckung schützt, andernteils sie davon überzeugt, daſs der Geschlechtsverkehr weder notwendig, noch ungefährlich ist. 3. Diese Unterweisungen hätten zunächst die Eltern zu geben, die sich aber aus Unkenntnis oder berechtigtem Schamgefühl dieser Pflicht fast stets entziehen. 4. Den Lehrern diese Unterweisung zu überlassen, wird am Widerstande der Eltern scheitern und leicht peinlichen Verdächtigungen Tür und Tor öffnen. 5. Es empfiehlt sich, daſs, solange die in Satz 3 und 4 angegebenen Hindernisse nicht überwunden sind, der Arzt (wenn vorhanden, der Schularzt) diese sexual-hygienischen Unterweisungen durchführt, am besten im Anschluſs an einen allgemeinen hygienischen Unterricht.“ Was Satz 3 betrifft, so lehnt der Verfasser den letzten Teil desselben ab. Das Schamgefühl, aus dem Eltern sich der Pflicht der Belehrung ihrer Kinder entziehen, ist gänzlich unberechtigt. Das Wissen fehlt den Eltern allerdings über die beregte Materie. Die Unterweisung hat also in der Schule stattzufinden, und zwar allein durch den Lehrer, nicht den Schularzt oder sonst dazu berufene Ärzte. Widerstand von seiten der Eltern wird natürlich erfolgen, allein der Lehrer und die Schule dürfen denselben nicht fürchten. Tun sie doch ein gutes erzieherisches Werk; dies systematisch zu tun, erscheint der Pädagoge berufen. Knaben wie Mädchen reiferen Alters soll Anatomie und Physiologie, sowie Pathologie der Geschlechtssphäre in gleicher Weise vorgetragen werden. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen
der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band 1. Heft 7.

1. **Geschlechtskrankheiten und Kurpfuscherei**, von Karl Alexander-Breslau. (Fortsetzung.) Obwohl die Medizinalabteilung des preuſsischen Kultusministeriums auf den Unsegen aufmerksam gemacht hat, den die in Unmenge auf den Markt geworfenen Bücher der Bilz und Genossen anstiften, und ausdrücklich betont, daſs Naturheilkundige und andere Kurpfuscher die Einschränkung und Unterdrückung der Volkskrankheiten geradezu hindern, geschieht doch von seiten der Behörden viel zu wenig, beziehentlich gar nichts zur Abwehr dieser Gefahr. So muſs denn die Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten diese Aufgabe übernehmen. Das heiſst mit andern Worten, sie muſs das Gesetz abzuändern streben, laut dessen Fassung es heute ungemein schwierig ist, das Treiben der höchst gefährlichen Kurpfuscher zu treffen. Man müſste wenigstens bei Unzuverlässigkeit des Gewerbtreibenden (Kurpfuschers) ihm den Heilbetrieb für die Zukunft versagen dürfen; die briefliche Behandlung wäre zu verbieten.

2. **Geschlechtskrankheiten und Kurpfuscherei.** Mitbericht von Rechtsanwalt Hennig-Breslau. Der Kurpfuscher nutzt unerfreuliche soziale Zustände der Menge, Leichtsinn, Bildungsmangel, Aberglauben usw., gewerbsmäfsig für sich aus. Hier wird das Strafrecht wenig helfen können. Mehr angezeigt erscheinen dagegen dem Verfasser Verordnungen politischen Charakters, verwaltungsbehördlicher Art. Man mufs die Handhaben gegen die Kurpfuscher in der Gewerbeordnung selber suchen und kann sie da auch finden. Für manche Gewerbe ist behördliche Erlaubnis erforderlich. Diese ist im Falle der Unzuverlässigkeit des Gewerbetreibenden zu versagen. Noch einfacher wäre eine Erweiterung des § 35, nämlich einfach bei Unzuverlässigkeit den Gewerbebetrieb zu versagen; im übrigen aber den Pfuscher nicht zu „konzessionieren". Unzuverlässigkeit würde z. B. bei gewissen Vorbestrafungen vorhanden sein. Auch wären Bestimmungen zu erlassen, die sich gegen die Annehmlichkeit des Betriebes wenden. So sollte der Pfuscher eine Liste mit Namen, Wohnung der Kranken und der Diagnose zu führen gezwungen werden. Durch Reichsgesetzgebung wäre die briefliche Behandlung unbedingt zu verbieten. Vielleicht liefsen sich auch Polizeiverbote der Tätigkeit von Kurpfuschern bei ansteckenden Krankheiten erzielen.

3. **Petition der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten an den Herrn Reichskanzler, betr. die Schädigung der Geschlechtskranken durch die Kurpfuscher.** Das Kurpfuschertum ist der Einschränkung der Verbreitung sexueller Leiden hinderlich. Der Pfuscher verkennt oft das Wesen einer solchen Erkrankung und unterläfst es, den Kranken darüber aufzuklären. Er vermag das Leiden nicht sachgemäfs zu behandeln; er vermag auch nicht festzustellen, ob eine Affektion geheilt oder noch ansteckend ist. Somit verlängert sich das infektiöse Stadium derselben, was für die Allgemeinheit von gröfster Gefahr ist. Diese Gefahr erhöht sich bei brieflicher Behandlung, wie sie vom Pfuschertum mit Vorliebe gepflegt wird. Die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen für einen nachhaltigen Kampf gegen die Kurpfuscher genügen bei weitem nicht. In Frage komme ein Verbot der Kurpfuscherei überhaupt oder ein solches der Behandlung von Geschlechtskrankheiten in ihren frischen, ansteckenden Formen durch staatlich nicht approbierte Personen. Im andern Falle wäre eine Verordnung anzustreben, die bei Unzuverlässigkeit des Heilkünstlers ihm die gewerbsmäfsige Krankenbehandlung untersagen dürfte.

Hopf-Dresden.

Lepra.

Band III. Heft 4.

XVI. **Zur Kenntnis der Paraleprose.** Von L. Glück-Sarajewo. Die Frage, ob die gesunde Deszendenz Lepröser nicht vielleicht charakteristische, wenn auch nicht direkt durch den Hansenschen Bazillus bedingte Veränderungen aufweist, ist bisher wenig studiert worden. Verfasser hat in den letzten Jahren in Bosnien und der Herzegowina die Lepra betreffende Lokalforschungen vorgenommen und stellte bei dieser Gelegenheit bei einer gröfseren Zahl scheinbar gesunder Kinder und Enkel Lepröser Veränderungen fest, die ihn zu der Frage drängten, ob sie als zufällige Befunde oder als Lepra frustra oder als sogenannte paralepröse Affektionen aufzufassen wären. In 8 Leprafamilien waren von 34 Kindern bezw. Enkeln 4 gleichfalls leprakrank, 9 vollkommen gesund und 21 mit folgenden Veränderungen behaftet: 17 mal Verdickung eines oder beider Nervi auriculares majores, 13 mal Verdickung eines oder beider Nervi ulnares, 1mal Verdickung eines Nervus peroneus, 2mal Parese einer Gesichtshälfte, 1mal sogenannter Tic convulsif, 4mal Atrophien der kleinen Handmuskeln, 9mal Krümmung eines oder beider Kleinfinger (einmal auch der Ringfinger

im Nagelgliede bezw. im ersten Interphalangealgelenk), und endlich 1mal Dystrophie der Fingernägel. Bei 15 Individuen wurden zwei und mehr dieser Veränderungen kombiniert, und nur bei sechs wurden sie vereinzelt angetroffen.

Die Nervenverdickung betraf also dieselben Nervenstränge, die auch bei der Lepra am häufigsten affiziert erscheinen; es fehlte jedoch in allen Fällen jede Spur einer Sensibilitätsstörung und es fehlte der Nervenverdickung der progressive Charakter, da sie bei Kindern und Erwachsenen gleich gut und in gleichem Maſse nachweisbar war. — Alle genannten Veränderungen sind Erscheinungen, welche zweifellos zum Wesen des Krankheitsbildes der Lepra anaesthetica gehören. Indessen läſst sich aus ihnen allein die Diagnose „Lepra anaesthetica" nicht ableiten, da selbst im Anfangsstadium dieses Leidens, sowie in den leichtesten, abortiven Formen (Lepra frustra) sich stets Sensibilitätsstörungen und teils direkt lepröse, teils trophische Veränderungen der Haut finden, die hier gänzlich fehlten. Anderseits spricht die Häufigkeit und Gleichartigkeit der Befunde durchaus dagegen, sie als Zufälligkeiten anzusehen. Verfasser betrachtet daher seine Untersuchten als Individuen, die mit ererbten und vielleicht auch angeborenen paraleprösen Erscheinungen behaftet sind. Ohne den entschieden gegnerischen Standpunkt, den er als Kontagionist den ätiologischen Lehren Zambaco Paschas gegenüber einnimmt, im mindesten aufzugeben, muſs Verfasser einräumen, daſs dieser mit der Annahme der sogenannten Paraleprose tatsächlichen Verhältnissen Rechnung trägt.

XVII. **Bericht des Ausschusses für staatliche Lepraheime an die amerikanische Gesellschaft für öffentliches Gesundheitswesen.** Von H. M. Bracken-St. Paul. Auf Grund der Nachforschungen über die Lepra in Kanada, den Vereinigten Staaten und Mexiko unterbreitet der Ausschuſs in seinem Bericht der Gesellschaft eine Resolution, in welcher bei der immer mehr steigenden Gefahr der Verbreitung der Lepra die Errichtung staatlicher Lepraheime befürwortet wird. Diese Lepraheime sollen nicht nur ein Asyl für die Kranken sein, sondern gleichzeitig ein Heim und ein Krankenhaus, des den Kranken die Bedingungen für ein erträgliches Leben und — Sterben bietet.

XVIII. **Die Lepra in Jerusalem.** Von Jeanselme und Jakobsohn-Paris. Es gibt in Jerusalem zwei Leprosorien, ein städtisches (Siloë) und ein deutsches (Jesus Hilfe). In jedem befanden sich zur Zeit des Besuches der Verfasser etwa 40 Lepröse, zum gröſsten Teil Araber; die überwiegende Mehrzahl der Kranken litt an der trophoneurotischen Form der Lepra. Diese beiden Leprosorien beherbergen ziemlich alle Leprösen, die sich in der heiligen Stadt finden. Man könnte daher glauben, daſs der beabsichtigte prophylaktische Zweck erreicht wäre. Das ist aber keineswegs der Fall, und zwar wegen der mangelhaften Organisation der beiden Leprosorien. Das türkische Asyl Siloë läſst seinen Insassen zu viel Freiheit, die Kranken stehen in dauerndem Verkehr mit der gesunden Bevölkerung, und damit ist der ganze Zweck der Internierung hinfällig. Man könnte sich sogar fragen, ob die Anhäufung einer gröſseren Zahl von Kranken an einem bestimmten Punkte nicht tatsächlich eine Gefahr für Jerusalem und seine Umgebung bedeutet. Ebenso ist das Fehlen jeder medizinischen Einrichtung sehr zu bedauern. — Alle diese Vorwürfe treffen auf das deutsche Leprosorium nicht zu, es ist hygienisch musterhaft eingerichtet, aber man trägt dort dem Seelenzustand der Kranken nicht genügend Rechnung. Die völlige und plötzliche Umänderung der Lebensweise, die der Eintritt in das Leprosorium für die Araber bedeutet, eine Umänderung, die ihnen gleichzeitig ihre individuelle und ihre religiöse Freiheit nimmt, macht sie miſstrauisch und hält sie vom Krankenhaus fern.

Damit Jerusalem den Nutzen ziehen kann, den es mit Recht von seinen beiden Leprosorien erwarten darf, müfste das türkische von Grund auf reorganisiert werden, ein Arzt müfste angestellt, die hygienischen Bedingungen der Kranken verbessert und der Verkehr zwischen ihnen und der Stadt untersagt werden. Was das deutsche Leprosorium betrifft, so könnte es, dank der Überlegenheit seiner Einrichtungen, der Sammelpunkt aller Leprösen Judäas werden, wenn man dort etwas weitherziger würde, sich zu religiöser Toleranz entschliefsen könnte und es aufgeben würde, konfessionelle Propaganda zu treiben.

XIX. **Lepra in Ägypten.** Von F. Engel-Kairo. Trotzdem die Lepra seit undenklichen Zeiten in Ägypten endemisch und nie auch nur der geringste Versuch gemacht worden ist, ihr Einhalt zu tun, ist die Anzahl der Leprösen im Lande verhältnismäfsig sehr klein. Verfasser schätzt die Zahl auf etwa zwei- bis dreitausend. Es scheint, als ob die Lepra sich in Ägypten nur in sehr geringem Mafse ausbreitet, obwohl die Gefahr der Verbreitung nicht gering ist, da sich die Krankheit in allen Berufsarten findet. Die Hauptursache hierfür sieht Verfasser in dem sonnigen und trockenen Klima des Landes. In Ländern mit gröfserem Feuchtigkeitsgehalt der Luft und geringerer Besonnung tritt die Lepra viel heftiger und häufiger in ihren schwereren Formen auf. Das Verhältnis der Lepra tuberosa zur Lepra anaesthetica ist in Norwegen 2 : 1, in Kreta 1,1 : 1, in Ägypten dagegen 0,6 : 1. Auch die Mortalität scheint in Ägypten niedriger zu sein als in andern Ländern. Die Gefahr, dafs Fremde in Ägypten der Ansteckung mit Lepra ausgesetzt sein könnten, hält Verfasser für sehr gering. Ihm ist kein einziger Fall von Übertragung bekannt. Keinesfalls ist die Gefahr gröfser als in Spanien, Portugal, an der Riviera, in Sizilien und sicherlich geringer als in Griechenland. — Trotzdem hält Verfasser es natürlich nicht für richtig, die Dinge weiter so gehen zu lassen wie bisher. Die guten Erfolge der Isolierung sind unbestritten. Den speziellen Verhältnissen des Klimas und des Landes angepafste Mafsnahmen wären auch in Ägypten erfolgversprechend. Verfasser empfiehlt namentlich für Ägypten die Schaffung landwirtschaftlicher Leprakolonien.

XX. **Korrespondenz.** Von G. Armauer Hansen-Bergen.

Band IV. Heft 1.

I. **Neue Gesetzesbestimmungen über die Behandlung und eventuelle Isolierung der Leprakranken in Rufsland.** Erörtert von K. Dehio-Dorpat. Die russische Regierung stellt sich in ihrem neuen Erlafs vom 24. April 1902 auf den Standpunkt, dafs, wenn auch nicht alle, so doch gewisse Formen der Lepra ansteckend und somit für die Volksgesundheit gefährlich werden können, und verfügt, dafs Kranke, die an einer solchen ansteckenden Form leiden, isoliert werden sollen. Was die Form der Isolierung betrifft, so wird in dem Erlafs vor allem die häusliche Isolierung der Kranken ins Auge gefafst, und nur in denjenigen Fällen, wo eine solche bei den gegebenen häuslichen Umständen und Lebensverhältnissen des Kranken nicht genügend erscheint, um die Umgebung vor einer Ansteckung zu sichern, mufs der Kranke eventuell auch gegen seinen Willen in einer Krankenanstalt oder, wo ein solches vorhanden ist, in einem Leprosorium interniert werden. Die Entscheidung, ob ein Aussätziger in ein Leprosorium gebracht oder zu Hause isoliert werden mufs, hängt in jedem einzelnen Fall von einer vom Gouverneur zu ernennenden staatlichen Kommission ab, zu welcher unbedingt der Medizinalinspektor (der oberste Medizinalbeamte des Gouvernements) und noch zwei andere Ärzte gehören müssen.

Diese Bestimmungen können vom medizinischen wie vom rein menschlichen Standpunkte nur mit voller Zustimmung begrüfst werden. Die Regierung hat nicht nur das humane Bestreben, die Zwangsinternierung in einem Leprosorium nur im

äufsersten Fall anzuwenden und sie soweit als möglich durch die häusliche Isolierung zu ersetzen, sondern sie geht soweit, auch solche Formen der Lepra zu statuieren, welche, als nicht ansteckend, überhaupt nicht isoliert zu werden brauchen.

Verfasser rechtfertigt diesen Standpunkt, indem er auf die bekannten Arbeiten von A. v. Bergmann, A. v. Reissner, Lohk, Koppel, Hansen und Looft usw. Bezug nimmt, und bekennt sich auch heute noch zu der 1897 in der Arbeit von Lohk niedergelegten Ansicht: die Lepra tuberosa ist eine kontagiöse Krankheit; die Lepra maculo-anaesthetica dagegen wird zwar durch den Leprabazillus oder durch das Lepravirus auf dem Wege der Kontagion hervorgerufen, ist aber selbst nicht oder nur in geringem Mafse ansteckend. Weiter aber darf man nicht gehen. Die Meinung, dafs auch tuberöse Kranke ungefährlich sind, solange sie nicht mit offenen Geschwüren behaftet sind, ist grundfalsch.

Die Erfahrungen, die man in Paris, London, Hamburg und andern Orten mit den daselbst sporadisch wohnenden Leprösen gemacht hat, beweisen, dafs die Übertragung der Krankheit auf die Umgebung auch ohne die allerstrengste Isolierung in Aussatzhäusern verhütet werden kann, wenn nur der Kranke über eine genügende Einsicht verfügt, um freiwillig die notwendigen Vorsichtsmafsregeln einzuhalten. Allzuviel wird dabei nicht verlangt, nur setzen die Forderungen einen gewissen Wohlstand und einen gewissen Grad von Bildung beim Kranken und seiner Umgebung voraus, und so wird die Frage der Behandlung der Leprösen zu einer Frage der Kultur des Volkes.

II. **Bericht des Leprahospitals (Pleiestiftelsen Nr. 1) in Bergen über die Jahre 1899—1901.** Von H. P. Lie. Die Zahl der Spitalinsassen hat sich in den Jahren 1899—1901 nicht verringert, da die Neuaufnahmen sich in gleicher Höhe hielten wie in den Jahren 1896—1898 und die Mortalität bedeutend geringer war als in jenem Zeitraum. Besonders bemerkenswert ist, dafs von den 39 Neuaufgenommenen 10 aus demselben Distrikt Fjeld stammten; in den Jahren 1896—1898 hatte dieser Distrikt 7 Lepröse, d. i. ein Sechstel der Neuaufnahmen, eingeliefert. Gegenüber dem zweifellosen Zurückgehen der Lepra im übrigen Norwegen ist hier die merkwürdige Tatsache zu verzeichnen, dafs im Distrikt Fjeld in den letzten zwanzig Jahren dreimal so viel frische Fälle zur Beobachtung kamen als in den zwanzig vorhergegangenen. Dabei haben sich die hygienischen Bedingungen dort keineswegs verschlechtert. Die Ursachen für diese merkwürdige Erscheinung liegen nicht klar zutage; jedenfalls sind sie ein Beweis, dafs man noch nicht überall im Lande der Krankheit Herr geworden ist.

Der weitaus gröfste Teil des vorliegenden Berichtes ist therapeutischen Erörterungen gewidmet. Verfasser erinnert zunächst an die wiederholt festgestellte günstige Beeinflussung der Lepra tuberosa durch interkurrentes Erysipel, die in gleiche Linie zu setzen ist, wie die Einwirkung von Erysipel auf maligne Tumoren. Lepra und maligne Tumoren haben auch das gemeinsam, dafs sie in einem gewissen Gegensatz zu den akuten Infektionskrankheiten stehen: zyklischer Ablauf und Beteiligung des Gesamtorganismus auf der einen, chronischer Verlauf und geringe Gesamtreaktion auf der andern Seite. Daher, meint Verfasser, sollten alle Mittel, die auf maligne Tumoren günstigen Einfluſs ausüben, auch bei der Lepra versucht werden. In Verfolgung dieses Gedankens hat Verfasser die Vereisung mit Äthylchlorid resp. Anaestesie bei Lepra tuberosa vielfach angewendet. In vielen Fällen verschwanden die Knoten, fast in allen Fällen wurden sie kleiner; je oberflächlicher die Knoten safsen, um so günstiger war die Einwirkung. Die Wirkung kann natürlich nur eine örtliche sein. Eine tatsächliche Heilung der Lepra ist von derartigen Mitteln überhaupt nicht zu erwarten. Das gilt auch von der von Unna empfohlenen Pyrogallussalben-

behandlung der Hautlepra. Wenn Unna von einer Heilung der Lepra bei dieser Behandlung spricht, so kann nur eine Heilung der Hautlepra gemeint sein. Diese allein aber ist von untergeordneter Bedeutung, da mindestens in der Hälfte der Fälle gleichzeitig Lepra innerer Organe besteht. Die vom Verfasser nach Unnas Methode behandelten Fälle bekamen ausgedehnte und entstellende Narben, sowie über das lepröse Gebiet hinausgreifende Pigmentflecke. Die Vernarbung eines Lepraknotens ist aber, wie Verfasser wiederholt nachweisen konnte, noch nicht gleichbedeutend mit dem Verschwinden der Leprabazillen an dieser Stelle. Von einer Heilung kann erst dann gesprochen werden, wenn nach wiederholten Tuberkulininjektionen und reichlichem Gebrauch von Jodkalium sich keine Reaktion mehr auf der Haut zeigt. Endlich ist die Pyrogallusbehandlung auch nicht ganz harmlos zu nennen, da sie die bei Leprösen besonders empfindlichen Nieren angreift.

Das Tuberkulin betrachtet Verfasser als ein Mittel, das auf den Gesamtorganismus wirkt. Trotz der wenig günstigen Berichte mancher Autoren sollten die Versuche mit diesem Mittel, natürlich unter vorsichtiger Anwendung, erneuert werden. Die gegen die Tuberkulinbehandlung erhobenen Einwendungen erklärt Verfasser nicht für stichhaltig. Das gleiche gilt für das Jodkalium.

Mehr als vom Chaulmoogra-Öl und dem Serum Carasquillas verspricht sich Verfasser von intramuskulären Sublimatinjektionen, die ihm in einem Falle von Nutzen zu sein schienen.

Besonderes Augenmerk hat Verfasser auf den Zustand der Nieren Leprakranker gerichtet und gefunden, dafs in etwa 70 % der Fälle dauernd oder von Zeit zu Zeit Albumen im Urin war. Ein Unterschied zwischen der tuberösen und der maculoanästhetischen Form lag nur insofern vor, als bei der tuberösen Form die Beteiligung der Nieren schon in früheren Stadien zu konstatieren war.

Den Abschlufs des interessanten Berichtes bilden Ausführungen von Dethloff, dem Assistenten Lies, über den Befund am Augenhintergrund Leprös er.

A. Loewald-Kolmar.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1903. Heft 19.

1. **Pathologisch-anatomischer und klinischer Beitrag zum Studium der Leiomyome der Blase**, von Rinaldo Cassanello-Pisa. In der ganzen Literatur sind bis jetzt nur 20 einwandfreie Fälle von Leiomyomen der Blase beschrieben worden. Von diesen 20 Fällen teilt C. die wichtigsten Daten in tabellarischer Übersicht mit, schildert dann sehr ausführlich einen von ihm selbst beobachteten, noch nicht veröffentlichten Fall und bringt zum Schlusse eine zusammenhängende Beschreibung dieser seltenen Form von Blasentumoren.

Die Leiomyome oder Fibromyome der Blase, die pathologisch-anatomisch wie klinisch grofse Ähnlichkeit mit den Fibromyomen des Uterus haben, nehmen ihren Ursprung in der Muskularis der Blase, also intraparietal, wachsen aber dann gegen das Innere der Blase zu oder nach aufsen; so entwickeln sich aus den intraparietalen Tumoren entweder submuköse oder periphere Fibromyome. Solange sie intraparietal bleiben, machen sie keine Erscheinungen und werden daher intra vitam nicht oder nur durch Zufall entdeckt. Die submukösen Myome sitzen meist breitbasig, seltener gestielt auf der Blasenwand auf; die Mukosa, von der sie bedeckt sind, ist sehr oft nekrotisch oder ulzeriert, verdickt oder entzündet. An der Ureterenmündung sitzend, kann ein submuköses Fibromyom zu einseitiger oder doppelseitiger Hydronephrose führen; auch Verlegung des inneren Harnröhrenorifiziums kann bei entsprechender

Lokalisation der Geschwulst eintreten. Die peripheren Fibromyome können so groſs werden, daſs sie Becken und Bauchhöhle zum groſsen Teile ausfüllen und die hier gelegenen Organe komprimieren oder verdrängen. In dem Falle C.s wog der exstirpierte Tumor mehr als 2 kg; sein vertikaler Durchmesser hatte 25 cm, der transversale 16 cm. Es ist leicht begreiflich, daſs bei Frauen derartige Tumoren ein schweres Geburtshindernis bedeuten. — In 16 der beschriebenen 21 Fälle handelte es sich um einfache Fibromyome. Dagegen war in einem Falle die den submukösen Tumor bedeckende Mukosa zum Teil papillomatös, zum Teil karzinomatös verändert; es lag hier also eine Kombination zweier verschiedener Geschwulstarten vor. Häufiger als diese Kombination, nämlich in vier Fällen, fand sich eine sarkomatöse Entartung des Fibromyoms; nach Ansicht C.s hängt eine solche Degeneration von einer abnormen Wucherung des interstitiellen fibrösen Gewebes ab.

Die klinischen Symptome sind, je nach dem Sitz der Geschwülste ganz verschieden. Die intraparietalen Myome machen gar keine Erscheinungen. Die Symptome, die von den peripheren Fibromyomen der Blase verursacht werden, unterscheiden sich in nichts von den Erscheinungen, wie sie von Fibromyomen anderer Bauch- und Beckenorgane ausgelöst werden; es gelang daher auch noch in keinem Falle, klinisch festzustellen, daſs der vorhandene Tumor von der Blase ausging. In den operierten Fällen wurde die Sachlage stets erst durch die unbeabsichtigte Eröffnung der Blase klargelegt. Schwere Blasenstörungen, Veränderungen in der Quantität und Qualität des Urins fehlen vollständig, nur stellt sich, wie auch bei Myomen anderer Beckenorgane, eine Vermehrung und unbedeutende Schmerzhaftigkeit der Urinentleerungen ein. Dagegen bewirken die peripheren Fibromyome eine Vergröſserung der Blase: je mehr der Tumor wächst, desto gröſser wird das Blasenlumen, desto gröſser wird namentlich der Längsdurchmesser der Blase; in einem der operierten Fälle maſs derselbe mehr als 20 cm. Diese Vergröſserung des Blasenlumens, auf die bisher bei der klinischen Untersuchung nicht geachtet worden ist, ist nach C. pathognomonisch für die peripheren Blasenmyome; sie wird in Zukunft im Verein mit der harten, fibrösen Konsistenz, der gelappten, höckrigen Beschaffenheit und der geringen Beweglichkeit Natur und Sitz dieser Geschwülste erkennen lassen. — Die submukösen Fibromyome der Blase verursachen sehr frühzeitig Hämaturie, Dysurie und starke Vermehrung der Miktionen, sowie eine Verkleinerung des Blasenlumens; sehr oft kommt es auch zu einer sekundären Infektion der Blasenschleimhaut. Diese Erscheinungen lassen den Sitz des Tumors mit Leichtigkeit erkennen, noch bevor die Geschwulst groſse Dimensionen erreicht hat. Die cystoskopische Untersuchung, die bis jetzt noch in keinem Falle vorgenommen worden ist, wird in Zukunft auch über die Art der Neubildung Klarheit verschaffen. In seltenen Fällen werden übrigens auch Geschwulstteile spontan mit dem Urin entleert.

Die Behandlung kann natürlich nur in Exstirpation des Tumors und Resektion der Blasenwände bestehen. Die Operation, die allen Fällen schon wegen der Gefahr der sarkomatösen Degeneration indiziert ist, wird am besten mittels Sectio alta vorgenommen. Wenn die Blasenschleimhaut nicht infiziert ist, kann die Blase sofort wieder vernäht werden; die durch die Entfernung der Geschwulst entstandene Höhle wird austamponiert, in die Blase wird ein Verweilkatheter eingeführt, der zehn bis zwölf Tage liegen bleibt. Von vier Fällen von peripheren Leiomyomen, die so operiert wurden, starb einer am vierten Tage nach der Operation, einer nach 40 Tagen infolge von Lungentuberkulose, die beiden andern, darunter der Fall C.s, wurden geheilt. Von acht operierten Fällen von submukösen Fibromyomen starb einer infolge eines Rezidivs, einer infolge einer eitrigen Pelvioperitonitis, die sechs übrigen genasen.

2. Technik der urethralen Injektionen. Die Bedeutung der Kapazität der Pars anterior urethrae und des Tonus des Sphinkters für die Konstruktion einer neuen Trippersprize, von C. Engelbreth-Kopenhagen. Wenn die Erfolge der Injektionsbehandlung des Trippers sehr oft recht wenig befriedigende sind, so liegt das nach E. hauptsächlich an den Fehlern, die der allgemein gebräuchlichen Trippersprize anhaften. Die Kapazität der Pars anterior urethrae schwankt bekanntlich bei den verschiedenen Individuen zwischen 4 und 22 ccm, sie verändert sich aber auch im Verlaufe der Blennorrhoe bei einem und demselben Menschen, sie ist im akuten Stadium infolge der Schwellung und der verminderten Elastizität der Schleimhaut beträchtlich verringert und wird mit dem Nachlafs der entzündlichen Erscheinungen gröfser. Daraus geht schon hervor, dafs die gewöhnliche, 8—10 ccm haltende Trippersprize für die Behandlung der Blennorrhoe der Pars anterior urethrae ungeeignet ist: denn ist ihr Inhalt gröfser als die Kapazität des voreren Harnröhrenabschnittes, was im akuten Stadium sehr häufig der Fall sein wird, dann wird bei der Injektion Flüssigkeit in die Pars posterior hineingetrieben und so die Blennorrhoe möglicherweise nach hinten verschleppt. Ist hingegen der Spritzeninhalt kleiner als das Fassungsvermögen der Pars anterior, dann wird nicht die ganze Schleimhaut mit all' ihren Buchten und Falten der Einwirkung des Medikaments unterstellt. Bei der Blennorrhoe der Pars posterior mufs die Injektionsflüssigkeit über den Sphinkter hinausgelangen; das wird erreicht, wenn man eine die Kapazität des vorderen Harnröhrenteils übersteigende Flüssigkeitsmenge unter einem Drucke einspritzt, der eben hinreicht, um den Tonus des Sphinkters zu überwinden. Nach all' dem ist es für eine rationelle Blennorrhoebehandlung erforderlich, einerseits die Kapazität der Pars anterior urethrae, anderseits die Gröfse des Sphinktertonus und des zu seiner Überwindung nötigen Drucks ziffernmäfsig festzustellen. Aufserdem aber ist vielmehr, als es bisher geschehen ist, darauf zu dringen, dafs die Spritze, die Injektionsflüssigkeit und die bei der Injektion zu benutzenden Gefäfse in einwandfreiem aseptischen Zustande sich befinden. Sonst werden, wenn bei den Einspritzungen Flüssigkeit in die Pars posterior gelangt, Mikrobien mit eingeschleppt, die zu schweren Sekundärinfektionen, zu langdauernden, zum Teil lebensgefährlichen Komplikationen und Nachkrankheiten führen können.

Die Kapazität der Pars anterior urethrae und die Gröfse des Sphinktertonus zu messen, gelang E. mittels eines verhältnismäfsig einfachen Apparates, bestehend aus einer kleinen Druckpumpe, die durch Gummischläuche mit einem Quecksilbermanometer und einer graduierten, 30 ccm haltenden Pipette verbunden ist. Die Pipette wird, mit 0,9%iger NaCl-Lösung gefüllt, in die Harnröhrenmündung eingeführt. Die Menge der Flüssigkeit, die durch die Pumpe in die Urethra hineingetrieben wird, läfst sich an der Graduierung ablesen, während gleichzeitig das Manometer die Gröfse des ausgeübten Druckes angibt; ein plötzliches Sinken des Druckes beweist, dafs der Sphinkter erschlafft und Flüssigkeit in die Pars posterior urethrae übergetreten ist. Die praktischen Schlüsse, die sich aus den von E. in ca. 50 Fällen vorgenommenen Versuchen ziehen lassen, sind:

I. Bezüglich der Injektionen in die Pars anterior urethrae: Die Spritze mufs mindestens 21,5 ccm fassen, da die Kapazität des vorderen Harnröhrenteils zwischen 4 und 21,5 ccm schwankt. Der bei den Injektionen ausgeübte Druck darf $^1/_{10}$ Atmosphärendruck nicht übersteigen, da die tonische Kraft des Sphinkters $^1/_9$—$^1/_7$ Atmosphärendruck beträgt. Mit Rücksicht auf die elastische Reaktion des Sphinkters müssen die Injektionen langsam gemacht werden. Vorzuziehen sind oft wiederholte, aber kurzdauernde Injektionen, da der Sphinkter bei prolongierten Injektionen erschlafft.

Aus dem gleichen Grunde dürfen prolongierte Injektionen nur unter niedrigem Drucke gemacht werden, d. h. die Harnröhre darf nur zur Hälfte gefüllt werden.

II. Bezüglich der Injektionen in die Pars posterior urethrae: Die Spritze mufs ca. 25 ccm fassen. Der Kranke soll bei den Einspritzungen pressen, wie wenn er urinieren wollte; geschieht dies nicht, so mufs der ausgeübte Druck entweder auf $^1/_6$ bis $^1/_8$ Atmosphärendruck verstärkt werden oder längere Zeit hindurch einwirken (prolongierte Injektionen).

Das praktische Resultat aller Untersuchungen und Versuche E.s war die Konstruktion einer neuen Ventilspritze, bestehend aus einem Gummiballon, dem zur Aufnahme der Flüssigkeit dienenden Glase, das die bei der alten Trippersprítze gebräuchliche Form hat, und einem Ventil, das in dem Gummiballon und Glas verbindenden Schlauche enthalten ist. Der Gummiballon saugt, vollständig komprimiert, 25 ccm Flüssigkeit in das Glas auf; das Glas selbst, das natürlich leicht sterilisiert werden kann, ist so grofs, dafs die 25 ccm Flüssigkeit bei senkrechter Haltung der Spritze den Schlauch nicht berühren. Das Ventil, dessen Konstruktion nur an der Hand der beigegebenen Zeichnung verständlich ist, öffnet sich selbsttätig, sobald $^1/_{10}$ Atmosphärendruck erreicht ist; es kann dann keine Flüssigkeit mehr injiziert werden. Dagegen kann das Ventil durch Fingerdruck von aufsen geschlossen gehalten werden; dadurch wird es möglich, einen gröfseren Druck auszuüben und Flüssigkeit in die Pars posterior hineinzutreiben; selbstverständlich mufs vorher die Pars anterior durch wiederholte Injektionen gereinigt sein.

Heft 20.

1. **Über die akute Spermatocystitis,** von H. Wildbolz-Bern. Durchbruch eines blennorrhoischen Samenblasenabszesses in das Rektum, in die Urethra oder in die Peritonealhöhle ist wiederholt beobachtet und beschrieben worden; in einem Falle entleerte sich ein solcher Abszefs gleichzeitig in die Blase und die Peritonealhöhle, dagegen ist bisher kein Fall von Durchbruch in die Blase allein veröffentlicht worden. Einen solchen Verlauf zu konstatieren, hatte W. Gelegenheit. Es handelte sich um einen 30jährigen Mann, bei dem im Verlaufe einer akuten Blennorrhoe, begleitet von Temperatursteigerung, starker Stuhldrang und heftige Schmerzen in der rechten Fossa iliaca auftraten. Bei der Untersuchung per rectum fühlte man dicht über der Prostata einen mandarinengrofsen, glatten, weichen, bei Druck schmerzhaften Tumor. Der Urin enthielt Blut, Eiter, Epithelien, granulierte Zylinder und $^1/_2$ ‰ Eiweifs, aber keine Mikrobien. Die rechte Lendengegend war sehr druckempfindlich, ebenso der rechte Ureter in seinem ganzen Verlaufe, besonders aber in seinem unteren Drittel. Die cystoskopische Untersuchung ergab, dafs die Ureterenmündungen und ihre nächste Umgebung vollständig intakt waren, und dafs sich aus ihnen klarer Urin in normaler Weise entleerte. Dagegen war die Blasenschleimhaut in der Gegend zwischen der Mündung des rechten Ureters und dem Orificium der Urethra etwa in Markstückgröfse dunkelrot verfärbt, vorgewölbt und gefaltet; in der Mitte dieser entzündeten Partie fand sich eine fingerkuppengrofse, halbkreisförmige, grüngelbe eitrige Masse. Es konnte sich nach diesem Befund nur um den Durchbruch eines Samenblasenabszesses in die Harnblase handeln. Der Tumor verkleinerte sich sehr rasch, bis er nur mehr das Volumen einer vergröfserten und verdickten Samenblase hatte; aus derselben entleerte sich bei Druck ziemlich viel Eiter. Gonokokken enthielt das Sekret nie, dagegen fanden sich in ihm nach fünf Wochen Spermatozoen. Vierzehn Tage nach der ersten cystoskopischen Untersuchung war die eitrige Masse in der Mitte der entzündeten Partie verschwunden, an ihrer Stelle fand sich in der Blasenschleimhaut eine Öffnung mit unregelmäfsigen, eitrig belegten Rändern. Kurze Zeit, nach dem die Affektion der rechten Samenblase ausgeheilt war, stellte sich eine Ent-

zündung der linken Samenblase und der Prostata ein; auch in dem Sekret dieser Organe, wie im Eiter eines rechtsseitigen Nebenhodenabszesses konnten Gonokokken nicht gefunden werden. Trotzdem war die blennorrhoische Natur all' der genannten Prozesse zweifellos.

2. **Behandlung der blennorrhoischen Urethritiden mittels der JANETschen Methode**, von F. P. GUIARD-Paris. In Nr. 9 des laufenden Jahrgangs der *Ann. génito-urin.* teilte LAXAHANSKY - Kiew in einem kurzen Aufsatze mit, dafs ihm etwa in der Hälfte der Fälle der unüberwindliche Widerstand des Sphinkters Spülungen der Pars posterior urethrae nach der JANETschen oder GUIARDschen Methode unmöglich mache; dieser Widerstand wird auch durch Kokainisierung der Urethra nicht beseitigt, überdies glaubt er, vor der Anwendung des Kokains wegen der nicht geringen Intoxikationsgefahr warnen zu müssen; in allen Fällen, in denen die JANETschen Spülungen nicht gelingen, macht er Irrigationen nach der Methode DIDAYS mittels eines bis in die Pars posterior eingeführten Katheters. Demgegenüber behauptet G., dafs die JANETschen Spülungen in allen Fällen, in denen sie überhaupt indiziert sind, bei richtiger Technik mit Sicherheit ausgeführt werden können, und dafs sie jedem andern Verfahren an Wirksamkeit weit überlegen sind. G. empfiehlt, die Spülungen nicht mit dem Irrigator, sondern stets mit der Spritze vorzunehmen, weil diese viel besser rein zu halten ist, und der Druck viel leichter und sicherer reguliert werden kann. Dafs die Kokainisierung der unverletzten Urethra gefährlich ist, bestreitet er auf Grund vieltausendfacher persönlicher Erfahrung; nur wo eine, wenn auch nur geringe, Verletzung der Harnröhrenschleimhaut vorhanden ist, liegt die Gefahr einer Intoxikation nahe. Daher ist in allen Fällen, in denen die Urethraschleimhaut blutet, Vorsicht bei der Anwendung von Kokain geboten. Dafs aber durch die Kokainisierung die Spülungen aufserordentlich erleichtert werden, hält er für unbestritten. Die DIDAYsche Methode, die Irrigationen mittels eines eingeführten Katheters vorzunehmen, hält G. für gefährlich; sie verursacht häufig Orchitis und Cystitis. Die JANETschen Spülungen dürfen niemals auf die Pars anterior beschränkt bleiben. Die Infektion dehnt sich nämlich oft aufserordentlich rasch auch auf die Pars posterior aus, doch läfst sich die Erkrankung des hinteren Harnröhrenschnittes während der Inkubation, d. h. während der ersten 4—5 Tage, klinisch in keiner Weise feststellen. Soll daher mit Sicherheit ein Erfolg erzielt werden, dann ist es unerläfslich, in jedem Falle die ganze Harnröhre zu bespülen. Aus diesem Grunde hält G. auch die mühevollen Versuche ENGELBRETHS (cf. Nr. 19 der *Ann. génito-urin.*), die Kapazität der Pars anterior und die Gröfse des Sphinktertonus zu messen und eine Spritze zu konstruieren, mittels deren die Injektionen nach Belieben auf die Pars anterior beschränkt oder auf die ganze Harnröhre ausgedehnt werden können, für vollständig überflüssig. Die Gefahr, dafs durch die Spülungen die Infektion nach hinten verschleppt wird, besteht in Wirklichkeit nicht; denn die injizierte Flüssigkeit mufs ja die Fähigkeit haben, die Gonokokken sicher zu töten, und schon eine $^1/_{10}$‰ige Kaliumpermanganatlösung hat diese Fähigkeit. Wenn daher wirklich einige oberflächlich gelegene Gonokokkenkolonien mit der Spülflüssigkeit nach hinten gelangen, so sind sie doch nicht lebensfähig. Je früher mit den Spülungen begonnen wird, desto sicherer ist die Aussicht auf Erfolg. G. erzielte unter den Fällen, die am ersten Tage nach der Infektion in Behandlung kamen, in 87 %, bei Beginn der Behandlung am zweiten Tage in 83 %, bei Beginn am dritten Tage in 60 %, am vierten Tage in 25 %, am fünften Tage in 11 %, und zwar Heilung im Verlaufe von nur acht Tagen nach Applikation von zwölf Spülungen. Im gleichen Mafse, in dem die Aussichten auf rasche Heilung sinken, steigen die Schwierigkeiten und die Gefahr der JANETschen Methode. In Fällen, in denen seit der Infektion mehr als vier Tage vergangen sind, dürfen daher die Spü-

lungen nur dann vorgenommen werden, wenn sich die Entzündungserscheinungen in sehr mäfsigen Grenzen halten, und auch in solchen Fällen ist ein Erfolg meist erst nach Ablauf von 4—8 Wochen zu erwarten. Bei chronischer Blennorrhoe sind die Janetschen Spülungen wieder jeder andern Methode an Wirksamkeit überlegen. G. empfiehlt für die ersten Injektionen Kaliumpermanganatlösungen von 1 : 5000, bei sehr empfindlichen Personen sogar Lösungen von 1 : 10000; wenn diese keine starke und andauernde Reaktion hervorrufen, kann man allmählich bis zu Konzentrationen von 1:2000 steigen. Gewöhnlich werden in jeder Sitzung 500 g injiziert; verträgt die Blase eine solche Menge nicht, dann soll der Patient im Laufe der Sitzung ein- oder zweimal urinieren. Die Temperatur der Flüssigkeit soll 40° C. betragen. Die Spülungen müssen während der ersten vier Tage ausnahmslos zweimal in 24 Stunden, und zwar in möglichst gleichen Zwischenräumen, vorgenommen werden. Vom fünften bis zum achten Tage genügt meist eine Spülung; wenn sich jedoch wieder Gonokokken finden, so müssen auch während dieser Zeit täglich zwei Spülungen gemacht werden. Müssen die Irrigationen noch länger fortgesetzt werden, so läfst sie G. meist von den Patienten selbst ausführen.

In einer Anmerkung zu diesem Aufsatze G.s spricht sich Delefosse für die von G. verpönten Didayschen Irrigationen mittels eingeführten Katheters aus; dieselben sind nach seinen Erfahrungen ungefährlicher als die Spülungen ohne Katheter.

Götz-München.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases.

1903. Nr. 6.

1. **Die neue Lichtbehandlung**, von Corydon Eugene Rogers-Seattle. Der Verfasser hat gleichzeitig mit und unabhängig von Finsen Versuche mit therapeutischer Einwirkung von Lichtquellen auf Krankheitsprozesse unternommen. Er ist jedoch nicht der Meinung, dafs die ultravioletten Strahlen das kurative Moment darstellen, sondern dafs überhaupt die aufgewandte Vibrationskraft den keimzerstörenden, für ihn den heilenden Faktor bildet. Er berichtet über geradezu frappante Erfolge, welche seine Bestrahlung mit einer kombinierten Bogenlichtlampe auf Ekzeme chronischer Art mit starkem Juckreiz, auf Karbunkel, auf indolente Geschwüre jeden Charakters, auf alle verrukösen Bildungen, auf Lupus, Epitheliome ausübt. Lupus, der nicht zu tief ist, heilt angeblich nach einer einzigen Sitzung von 15—20 Minuten.

2. **Syphilis insontium**, von Charles E. Caldwell-Cincinnati. Die Abhandlung gibt Bericht über zwei Fälle extragenitaler Syphilis bei zwei Privatkranken des Verfassers, und zwar handelte es sich beide Male um junge, unverheiratete Frauen. Beide Patientinnen wiesen Lippensklerosen auf, welche nachgewiesenermafsen durch Küsse zweier mit Schleimhautplaques des Mundes behafteter junger Männer entstanden waren.

3. **Diagnostische Gesichtspunkte bei Pocken**, von George G. Melvin-St. Johns. Die Abhandlung geht hauptsächlich die Differentialdiagnose gegenüber sekundärer Syphilis, kontagiöser Impetigo, Erythema multiforme, papulösem neurotischen Ekzem, Hydroa herpetiformis durch. Nach Ansicht des Verfassers kommen zur Zeit von Pockenepidemien Verwechslungen dieser verhältnismäfsig der Variola gegenüber unschuldigen Krankheiten mit Pocken häufig vor.

4. **Der Prostatakrebs und die Auswahl der Fälle für Prostatectomia suprapubica**, von Reginald Harrison - London. Der Verfasser berichtet über zwei Fälle von Prostatectomia suprapubica bei Karzinom der Vorsteherdrüse. In beiden Fällen gingen die Kranken an Rezidiven zugrunde. Ein weiterer Fall, Hypertrophie der Prostata, bietet insofern Interesse, als bei ihm einige Zeit vorher die Vasektomie

erfolglos durchgeführt worden war. Erst die suprapubische Prostatektomie brachte Heilung der Miktionsbeschwerden. Bei karzinomatöser Prostatavergrößerung verspricht sich der Verfasser von radiotherapeutischer Beeinflussung der Affektion eher Besserung als vom radikal-chirurgischen Eingriff.

5. **Die Absonderung der Leprösen,** von S. C. Martin-St. Louis. Der Verfasser schildert das Sanitätswesen gegenüber der Lepra in Norwegen und die Verbreitung der Seuche in diesem Lande. Bergen und Trondhjem haben je eine Anstalt für Leprakranke, und jede derselben umfaßt etwa 150 Patienten. Armauer Hansen hat die Oberaufsicht über beide Anstalten, Lie und Sand sind die leitenden Ärzte. Hansen besucht auch auf seinen Reisen durch das Land alle als leprös Suspekten. Tatsächlich krank befundene Personen werden in den Lepraheimen zwangsweise interniert. Lie und Sand glauben nach der Angabe des Verfassers nicht an die ansteckende Natur der Lepra und befürworten die Absonderung in Leprosorien nur darum, weil so die therapeutische und hygienische Beeinflussung der Leidenden erfolgreicher ist. Es folgt eine Statistik für Trondhjem, welche die Jahre 1861—1900 umfaßt. Während dieser langen Zeit standen 1707 Fälle zur Behandlung. 1124 starben in der Anstalt, 583 verließen sie aus den verschiedensten Gründen. 1145 Fälle betrafen die tuberkulöse, 533 die makulo-anästhetische Form. 1080 Männern standen 598 Frauen gegenüber. Von den 1124 Todesfällen entfielen 835, gleich drei Viertel der Gesamtzahl, auf Patienten mit der tuberösen Form und nur 289 auf solche mit anästhetischer Lepra. Zwei Drittel waren Männer, ein Drittel Frauen. Von den Entlassenen verließen nur sechs, nämlich ein Mann und fünf Frauen, die Anstalt wegen eingetretener Heilung.

6. **Ein Überblick über Anatomie, Physiologie und Pathologie der Urogenitalregion,** von Bransford Lewis-St. Louis. Aus den Ausführungen, welche im allgemeinen nichts Neues bringen, möchte hervorgehoben werden, daß der Verfasser annimmt, man könne sich ein Schankroid (gemeint ist ein weicher Schanker) durch ein unreines Klosett oder ein beschmutztes Kleidungsstück zuziehen.

7. **Heilung einiger Fälle von Hydrocele durch Jodin-Karbolsäureeinspritzungen,** von J. C. Luke-Ocilla. Aus einer umfangreichen Kasuistik berichtet Verfasser drei Fälle stärkster Hydrocelebildung, die er nach Ablassen der Hydrocelenflüssigkeit durch Einspritzung von Karbolsäure und Jodine zu gleichen Teilen, je 30 g, nach vorausgegangener ausgedehnter lokaler Kokainisierung zur Heilung brachte. Trotz jahrelanger Beobachtung kein Rückfall. Die drei Patienten waren ein 38jähriger und ein 61jähriger Herr, sowie ein zweijähriges Kind.

8. **Multiple Schanker bei Negern,** von Lucien Lofton-Emporia. Bei der weißen Rasse und den Mischlingen pflegt die Sklerose einfach zu sein; Neger dagegen weisen häufig mehrfache Initialeffekte auf. Von 29 Primäraffekten, die Verfasser 1903 beobachtete, betrafen 21 Neger, welche obigen Ausspruch rechtfertigten.

9. **Ursachen sexueller Impotenz beim Manne,** von Boynton-Smithfield. Nichts von Unbekanntem.

10. **Sublamine bei der Behandlung parasitärer Kopfausschläge,** von William S. Gottheil-New York. Verfasser berichtet über hervorragende Erfolge, die er bei einer Epidemie von Trichophytie des Kopfes bei etwa 450 Insassen eines über 900 Kinder umfassenden Waisenhauses mit Sublamin erzielt hat. *Hopf-Dresden.*

Bücherbesprechungen.

Die mangelhafte Geschlechtsempfindung des Weibes (Anaesthesia sexualis feminarum, Dyspareunia, Anaphrodisia), von O. Adler-Berlin. (Fischers medizinische Buchhandlung, Berlin 1904.) In dem vorliegenden Werke, das, wie wir gleich vorwegnehmen wollen, von rein wissenschaftlichem Geiste getragen ist und das heikle Thema mit voller Sachlichkeit und Ernst behandelt, ist der Versuch gemacht, zu einem besseren Verständnis von den Empfindungen des Weibes beim Geschlechtsakte zu gelangen. Während beim Manne der mit gelungener Vollständigkeit ausgeführte Akt stets mit einem Gefühl der Lust verbunden ist, hat das Weib keineswegs immer die gleiche Empfindung. Guttzeit schätzt sogar das Verhältnis dieser Anaesthesia sexualis feminarum zu 40 %! Die Bedeutung eines solchen abnormen Verhaltens ist keine so geringe, wie vielfach angenommen wird. Freilich ist es möglich, entgegen einer gleichfalls ziemlich verbreiteten Ansicht, dafs Konzeption eintritt ohne jegliche Wahrnehmung von Lustgefühlen, aber anderseits kann es keiner Ehefrau verübelt werden, wenn sie den ehelichen Pflichten mit allen ihren Folgen, Sorgen und sogar Lebensgefahr sich zu entziehen geneigt ist, falls nicht noch ein weiteres Äquivalent geboten wird. Die daraus resultierenden Folgen für das Eheleben sind aber, wie man nicht verkennen wird, für beide Gatten oftmals von schwerster Bedeutung. Besonders lehrreich sind aber in dem Adlerschen Buche die Kapitel, welche von der Ätiologie dieser Abnormität handeln. Aufser allen den pathologischen Veränderungen am weiblichen Genitalapparate, den entzündlichen Prozessen, Parametritis, namentlich die Parametritis atrophicans Freunds, Verlagerungen usw., hat Verfasser bei einer Reihe von Patientinnen konstatieren können, dafs insbesondere vorherige Masturbation einen grofsen Teil der Schuld bei bestehender Anästhesie trägt. Es wird nämlich die Sensibilität der Genitalien in abnormer Weise beeinflufst und auf beschränkte Gebiete lokalisiert. Ganz abweichend von der herkömmlichen Auffassung ist das Urteil des Verfassers über die Bedeutung der Klitoris, welche er als ein rudimentäres Überbleibsel betrachtet, das bei niedrigeren Stufen in der Tierreihe (Affen) wohl eine bedeutendere Rolle zu spielen geeignet sei. Überhaupt bietet das Buch auf diesem in jedem Sinne dunklen Gebiete mancherlei Fingerzeige, für welche der ärztliche Praktiker, noch viel mehr aber seine Patienten, dem Verfasser zu aufrichtigem Danke verpflichtet sein werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Cours de Dermatologie exotique, von E. Jeanselme-Paris. (Masson & Cie., Paris 1904.) In einem Zeitalter, das sich rühmt, im Zeichen des Verkehrs zu stehen, ist es schon aus praktischen Gründen für den Arzt geboten, sich auch mit den in entfernteren Landstrichen auftretenden Krankheitsformen bekannt zu machen. Es war also in jeder Beziehung eine dankbare Aufgabe, die sich Verfasser stellte, indem er im Verein mit M. Trémolières es unternahm, diesen Kursus der exotischen Dermatologie in Form von 22 Vorlesungen herauszugeben. Seinen besonderen Reiz gewinnt aber das Buch durch die Klarheit der Darstellung und die praktische Berücksichtigung der Bedürfnisse des Neulings auf diesem Gebiete. Infolge eines längeren Aufenthalts in den Tropen ist Verfasser im stande, über viele Erscheinungen auf Grund seiner eigenen Beobachtungen sich mit autoritativer Sicherheit zu äufsern. Aus diesem Grunde aber wäre dem Referenten eine Erklärung des Verfassers erwünscht, ob seine Äufserung, dafs „ein neugeborenes Negerkind von derselben Farbe

ist, wie jedes beliebige europäische Kind", auf eigener Beobachtung beruht oder auf Hörensagen. In dieser Beziehung nämlich, die doch für die Lehre von der Pigmententwicklung nicht ohne Bedeutung ist, kann man in der Literatur ungefähr ebenso viele negierende wie zustimmende Ansichten antreffen. Auch in bezug auf die Nützlichkeit des vielen Badens als Prophylaktikum gegen den „roten Hund" sind die Ansichten geteilt; öfters hat sich eine leichte Einfettung der Haut mit einer milden Salbe als nützlicher erwiesen. In bezug auf Ainhum ist dem Verfasser eine vor einigen Jahren in *dieser Zeitschrift* erschienene Arbeit entgangen. Als Druckfehler jedenfalls ist die Änderung des Namens Flemming in Flemmig anzusehen. Offenbar eine noch nicht oder nur spärlich beschriebene Affektion ist die von J. an der Küste von Annam beobachtete Krankheit, welche von den Eingeborenen Khi Huen genannt wird. Es handelt sich um eine langsam fortschreitende, aber unheilbare, kontagiöse, nicht kongenitale Keratose, welche gewöhnlich mehrere Mitglieder einer und derselben Familie betrifft. In der feuchten Jahreszeit verursacht das Leiden relativ wenig Beschwerden, zur Zeit der Dürre dagegen sind die Patienten durch die namentlich an Handtellern und Fufssohlen entstehenden, leicht blutenden Rhagaden in eine bedauernswerte Verfassung versetzt. Es wird für viele von Interesse sein, näheres über diese ungewöhnliche Erkrankung zu erfahren.

Aufser den eigentlichen Hautkrankheiten bespricht Verfasser ausführlich die Lepra, Syphilis, Framboesia und Verruca peruviana. Die zahlreichen Abbildungen verdienen auch entschieden ein warmes Wort des Lobes.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Syphilis, deren Verlauf und Behandlung, nebst kurzer Besprechung des Ulcus molle, der Blennorrhoe und des Blennorrhoismus, von Schuster-Aachen. (R. Schoetz, Berlin 1903.) Der Umstand, dafs von diesem Werke hier die vierte Auflage vorliegt, ist ein hinreichender Beweis seiner Gediegenheit. In der Tat ist der behandelte Gegenstand in gründlicher, übersichtlicher und anziehender Weise bearbeitet. Im grofsen und ganzen sind die vom Verfasser vertretenen Anschauungen dieselben wie diejenigen der hervorragendsten Autoren auf diesem Gebiete. Betreffs der Therapie wird naturgemäfs und nicht mit Unrecht der Inunktionskur mit oder auch ohne die Aachener Bäder eine grofse Rolle vindiziert. Auch verwendet S. mit Vorliebe das Jodipin. Mit Bezug auf die Prognose huldigt er einem gemäfsigten Optimismus, wozu er sich durch die mehrjährigen Erfolge seiner Tätigkeit berechtigt sieht. Der Anhang, die Besprechung des Ulcus molle und der Blennorrhoe, ist sehr summarisch gehalten und soll wohl lediglich als eine differential-diagnostische Auseinandersetzung dienen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die parasyphilitischen Veränderungen, von S. R. Hermanides-Zeist. Zwei Bände. (Gustav Fischer-Jena; Bohn-Haarlem; Doin-Paris 1903.) Das Buch, welches Alfred Fournier zugeeignet ist, und welchem die Amsterdamer Professoren Mendes da Costa und C. Winkler eine einführende Vorrede gewidmet haben, stellt eine überaus reichhaltige, ja umfassende Zusammenstellung unserer Kenntnisse von den parasyphilitischen Erkrankungen dar. Aus dem unermefslichen Felde der Literatur hat der Verfasser alles Wissenswerte mit kritischem Geschick verarbeitet. Demselben kam dabei seine langjährige Erfahrung als Leiter einer gröfseren Nervenheilanstalt zu gute, welche ihn in dauernde Berührung mit den unter den parasyphilitischen Symptomen hervorragenden Nervenaffektionen, Gehirn- und Rückenmarksleiden brachte. Im Anfang seines Werkes gibt H. allgemeine Betrachtungen über Wesen und Pathogenie der Syphilis und Parasyphilis, sowie über Behandlung und Prophylaxe der Syphilis und einen Teil mit spezieller Pathologie. Der erste Band umfafst die parasyphilitischen Erscheinungen, welche der mit Lues behaftete oder behaftet gewesene

Mensch unter Umständen akquirieren kann. Verfasser teilt dabei diese Erscheinungen in kutane Affektionen (Leukopathie, Keloid, Onychauxis, Alopecie u. a.), in bukkale Affektionen (Leukoplakie, maligne Geschwülste, Tuberkulose, Amyloidentartung, Diabetes, Endarteriitis), in Krankheiten des Zentralnervensystems und funktionelle Neurosen. Der zweite Band des Werkes umfafst die auf hereditärer Basis beruhenden Affektionen der Parasyphilis — Zahnanomalien; Fehlen und Entwicklungsstörungen von Organen und besonderen Geweben; Entwicklungshemmungen beim Kind; Anomalien des Nervensystems, sowohl des Gehirns wie des Rückenmarks. Der Verfasser glaubt mit Alfred Fournier, dafs sich noch eine ganze Anzahl von Krankheitszuständen, über deren Ätiologie wir heute noch im Dunkeln sind, sich als parasyphilitisch erweisen werden. Hierher dürften nach Fournier gehören: der Diabetes, die Hämoglobinurie, die Tabes ocularis oder Amaurosis tabica, die Tabes auricularis, die tertiären Erytheme (Neurosyphilide Unnas) und andere Krankheiten. Als sehr wahrscheinlich parasyphilitisch bezeichnet Hermanides die Zuckerharnruhr und die Leukoplakia buccalis und dehnt den Begriff des parasyphilitischen Charakters zum Teil noch weiter aus als Fournier, nämlich auf Keloid, Onychauxis, Clavi der Hohlhand und Fufssohle, Alopecie, Atrophie des Zungengrundes, maligne Geschwülste, besonders Sarkome, Tuberkulose, Amyloidentartung und Arteriosklerose. Natürlich können sich alle diese Affektionen auch auf anderer Grundlage entwickeln. Wie viel jedoch dieser Krankheiten wirklich parasyphilitische Natur tragen und wie viele ihrer entbehren, ist ungewifs. Bei der Tabes beruhen ja nach einzelnen Angaben 90—92% aller Fälle auf früher überstandener Syphilis, so dafs blofs 8—10% auf andere ätiologische Faktoren entfallen würden. Mit anderen der oben genannten Krankheiten ist es gerade umgekehrt. Das darf uns aber nicht hindern, an einen indirekten Zusammenhang mit früher durchgemachter Syphilis zu glauben. Im Gegenteil ist Verfasser der Überzeugung, dafs sich als Parasyphilis noch weitere als die bisher genannten Affektionen allmählich entpuppen werden (Nephritis chronica interstitialis, Hepatitis interstitialis diffusa, Thyreoiditis interstitialis — Myxödem und andere Affektionen). Das Buch wäre wert ins Deutsche übertragen zu werden, da es als eine unentbehrliche Quelle beim Studium parasyphilitischer Krankheitsprozesse angesehen werden mufs.

Hopf-Dresden.

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität, herausgegeben von Magnus Hirschfeld - Charlottenburg. V. Jahrg., Band 2. (Max Spor, Leipzig 1903.) Von dem bekannten Hirschfeldschen Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen liegt ein neues Heft vor. Es wird dies Jahrbuch bekanntlich im Auftrage eines sogenannten wissenschaftlich-humanitären Comités herausgegeben, welches im Namen von 1500 homosexuell veranlagten Männern spricht und handelt. Das Jahrbuch ist gelegentlich früherer Hefte eingehender besprochen worden. Wir dürfen uns diesmal kurz fassen. Das Buch zerfällt in zwei Teile, deren erster eine Arbeit von Römers-Amsterdam über die „Androgynische Idee des Lebens" enthält und noch einige kurze Mitteilungen umfafst. Der zweite Teil bespricht die Bibliographie und Belletristik der Homosexualität des Jahres 1902 und bringt einen recht interessanten Aufsatz von Nabokoff über die Homosexualität im russischen Strafgesetzbuche. Aus der homosexuellen Tagesliteratur ragen die Besprechungen der Fälle Krupp und Prinz Braganza hervor, obwohl Referent gerade diese beiden mit ihrem Fehlen von Beweisen für das wirklich homosexuelle in den Affären für nicht geeignet hält, eine Stütze für die Bemühungen des humanitären Comités zu sein.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Ein Fall von rezidivierendem variolaartigem Ausschlag als Folge von Impfen, von R. W. C. Pierce-Guildford. (*Lancet.* 1. Aug. 1903.) Ein 15jähriger Knabe war mit vielen anderen zusammen, von denen keiner später etwas Abnormes darbot, erfolgreich geimpft worden. Am 19. Tage nach der Impfung entwickelte sich am Gesicht und dem übrigen Körper unter Fiebererscheinungen ein Ausschlag, welcher kaum anders denn als eine mäfsig intensive Variola gedeutet werden konnte. Nach Verlauf derselben kehrte er bei guter Gesundheit zur Schule zurück, aber gerade ein ein Vierteljahr nach der Vaccination entwickelte sich wieder ein vollständig analoger Ausschlag, diesmal ohne Temperatursteigerung, mit gutartigem Verlauf in etwa drei Wochen. Verfasser gibt die Möglichkeit zu, dafs es sich hier um einen durch das Impfen modifizierten Fall von Pocken handelte; gegen die Diagnose Vaccinia generalisata spricht allerdings Verschiedenes bei dem Patienten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Variola und Revaccination, von J. Marshall Day. (*Brit. med. Journ.* 4. Juli 1903.) Dafs die Revaccination bei einer Person, welche sich im Inkubationsstadium der Variola befindet und schliefslich die Pocken bekommt, doch erfolgreich sein kann, beweisen zwei vom Verfasser beschriebene Fälle. Der erste betraf eine 66jährige Frau, die am 26. Mai zum letzten Male mit einem Pockenkranken in Berührung war. Sie wurde mit Erfolg geimpft, erkrankte aber am 9. Juni, also am 15. Tage, an Variola. Dasselbe geschah im zweiten Falle.

Beide Patienten genasen. *C. Berliner-Aachen.*

Weitere Beobachtungen über die Behandlung der Pocken mittels des Serums von immunisierten Kälbern, von R. S. Thomson und J. Brownlee-Glasgow. (*Lancet.* 4. April 1903.) Im Jahre 1897 haben Verfasser bereits Versuche angestellt, um den Verlauf der Variola durch subcutane Injektion von Serum, das von immunisierten Kälbern entnommen war, günstig zu beeinflussen. Die damaligen geringen Erfolge glaubten sie durch die Anwendung zu kleiner Dosen erklären zu können. Sie berichten nun über eine Beobachtungsreihe von 13 Fällen, bei denen alle Grade der Intensität vertreten waren, und bei denen sie gröfsere Dosen, bei Erwachsenen durchschnittlich 750 ccm, in das subcutane Zellgewebe (in der Axillargegend) injizierten. Wesentliche Nachteile waren nicht zu konstatieren, aber aus den ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten geht hervor, dafs auch hierbei ein wesentlicher Erfolg nicht zu verzeichnen ist. Verfasser hoffen, durch weitere Modifikationen doch noch zu einem guten Resultate gelangen zu können. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Guajakol bei der Behandlung der Pocken, von J. J. Ridge. (*Brit. med. Journ.* 30. Mai 1903.) Der Verfasser hat in einer relativ grofsen Zahl von Pockenfällen, darunter manchen schweren Formen, mit der Guajakolbehandlung einen günstigen Verlauf der Krankheit erzielt. Das Guajakol wird in Olivenöl im Verhältnis von 1 : 80 aufgelöst und alle vier Stunden auf die ganze Oberfläche mit Watte aufgetupft. Die starke Reizung wird gemildert und verschwindet nach mehreren Applikationen ganz, so dafs die Patienten gierig danach verlangen. Das Mittel scheint auch auf das Fieber und die Benommenheit reduzierend einzuwirken. Die Eiterung wird zum

Stillstand gebracht, und die Pusteln trocknen rascher ein. Innerlich wird eine Salzsäuremixtur verordnet. Die Diät besteht in Milch und Brötchen, bis die Rekonvaleszenz einsetzt. Alkohol ist in jeder Form verboten. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung der Variola mit dem Tachyol, von LAZZARO. (*Arch. di Farmacol. e Terapeut.* 1903. Nr. 4.) Ermuntert durch die günstigen Erfolge, welche mit diesem Medikament bei der Pustula maligna erzielt worden waren, versuchte der Verfasser dasselbe auch bei der Variola, und zwar zuerst als nasse Umschläge in der Konzentration von 1‰ in wässeriger Lösung, Die baktericide Wirkung des Tachyols (Silberfluorid) erwies sich als stärker als die des Sublimats. Sodann injizierte er das Präparat subcutan in die Glutäalgegend, in Dosen von ½—5 mg pro die, täglich während zwei bis drei Tagen. Es wurden nach dieser Methode 36 Patienten mit ziemlich schwerer konfluierender Variola in der vesikulösen und suppurativen Periode behandelt. Die Temperatur wurde innerhalb 48 Stunden auf normale Höhe gebracht, und das Exanthem verlief innerhalb neun bis zehn Tagen. Im ganzen wurden 40 Individuen behandelt, wovon 30 als geheilt entlassen wurden, während zwei an Komplikationen starben. 53 weitere Variolöse, die nach anderen Methoden behandelt worden waren, zeigten eine Mortalität von 12%. *C. Müller-Genf.*

Untersuchungen über die Rotlichtbehandlung der Blattern, von JAY F. SCHAMBERG-Philadelphia. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.* 2. Mai 1903.) SCH. hebt in erster Linie hervor, dafs FINSEN nicht das Prioritätsrecht dieser Behandlungsart zukommt, sondern dieselbe schon im 14. Jahrhundert von JOHN v. GADDESDEN angewandt worden ist (und zwar bei einem englischen Prinzen). Sodann polemisiert SCH. gegen die Theorie FINSENS über die Rotlichtbehandlung, d. h. den Ausschlufs der chemisch wirksamen Strahlen, mit sehr gewichtigen Gründen; es würden, wenn F.s Theorie richtig wäre, die Sommerblattern viel heftiger sein wie die Wintererkrankung, was aber keineswegs erwiesen ist. Die Vorliebe der Blattern für Gesicht und Hände — die Füfse sind übrigens ebenso intensiv befallen wie letztere — ist ferner nicht darauf zurückzuführen, dafs diese Körperteile dem Lichte mehr ausgesetzt sind, sondern einen gröfseren Gefäfsreichtum besitzen; schliefslich müfste nach F.s Theorie der Neger viel weniger von Blattern befallen werden, was ebenfalls den Tatsachen nicht entspricht. Nachdem Verfasser die überaus günstigen Resultate, welche FINSEN und besonders seine nordischen Schüler mit der Rotlichtbehandlung hatten, angeführt — von 140—150 Fällen nur ein Mifserfolg —, berichtet er über seine zwei junge Männer betreffenden Fälle, bei welchen die Resultate mit dieser Methode völlig unbefriedigende waren. In beiden handelte es sich um noch nie geimpfte Fälle, während in den anderen immer eine Erstimpfung schon stattgefunden habe, da Dänemark Schweden und Norwegen aufser Deutschland die beste Impfgesetzgebung haben; solche Fälle würden meist ohne Narbenbildung bei jeder und auch ohne jede Behandlung zur Heilung kommen, und auch kleine Kinder würden, wenn, wie in den vergangenen zehn Jahren, keine schwere Epidemie vorherrsche, ungeimpft den Blattern ohne dauernde Narbenbildung entrinnen. (Mit zwei Abbildungen.) *Stern-München.*

Die Behandlung der Variola mit rotem Licht, von N. R. FINSEN-Kopenhagen. (*Brit. med. Journ.* 6. Juni 1903.) Schon vor zehn Jahren hat Verfasser die Behandlung der Pocken mit rotem Licht empfohlen. Seitdem ist er durch weitere Beobachtungen und experimentelle Versuche zu der vollen Überzeugung gelangt, dafs das Tageslicht und besonders die chemischen Strahlen einen höchst nachteiligen Einfluſs auf den Verlauf der Pocken ausüben, da die Eiterung der Pockenbläschen der Wirkung des Lichtes zuzuschreiben sei. Man könne demnach die Suppuration und ihre Folgen vermeiden, indem man die Patienten gegen die Einwirkung des Lichtes schützt. Auf die Infektion selbst scheint jedoch das Licht keinen Einfluſs zu haben, und der üble

Ausgang, den eine von Beginn an schwere Intoxikation mit dem Pockengift zu nehmen droht, kann durch Abwenden der chemischen Strahlen nicht aufgehalten werden. Da aber das Suppurationsstadium das gefährlichste aller Krankheitsphasen im Verlaufe der Pocken ist, so wird es von der gröfsten Wichtigkeit sein, die Eiterung zu vermeiden. Dies geschieht in ganz wunderbarer Weise durch die Behandlung mit rotem Licht. Selbst in Fällen von konfluierenden Pocken oder bei nicht geimpften Personen läfst die Methode selten im Stich, vorausgesetzt, dafs die Patienten rechtzeitig in die Behandlung kommen, noch ehe die Suppuration begonnen hat. Es ist Aufgabe der Ärzte und der Sanitätsbehörden, in verdächtigen oder sicheren Fällen die Patienten sofort in Zimmern zu isolieren, deren Fenster verhüllt sind und das Tageslicht nicht durchlassen.

C. Berliner-Aachen.

Rotes Licht bei der Behandlung der Variola, von Ino. Brown. (*Brit. med. Journ.* 13. Juni 1903.) Verfasser hat nach Finsens Rat sieben Pockenfälle mit rotem Licht behandelt. Die Fenster der Krankenzimmer wurden durch rote Blenden verdeckt. Die einzelnen Pockeneffloreszenzen wurden tüchtig mit Karbolöl getränkt. Diese kombinierte Behandlung schien die Eiterung zu vermindern und die narbigen Vertiefungen hintanzuhalten.

Verfasser wünscht, dafs die Finsensche Behandlungsmethode bei dem grofsen Krankenmaterial, das jetzt in England vorhanden sei, gründlich auf die Probe gestellt werden möge.

C. Berliner-Aachen.

Über den gegenwärtigen Stand der Frage der Schutzpockenimpfung, und einiges zur Therapie der Pocken, von N. A. Ssawéljew-Dorpat. (*Die med. Woche.* 1903. Nr. 173. 174.) An der Hand eines grofsen eigenen Materials, sowie an der Hand der Angaben der Literaur bespricht S. die Pathologie und Therapie der Pocken. Das Hauptkontingent dieses Materials, 397 Personen, hat die Pockenepidemie geliefert, welche in Dorpat im Oktober 1899 und von Januar bis Oktober 1900 geherrscht hat. Sie befiel hauptsächlich Kinder, und zwar vorwiegend das männliche Geschlecht (70 %). Der klinische Verlauf zeigte nichts Abnormes, doch kamen vereinzelte komplizierte Fälle, die ausführlich beschrieben werden, vor. Eine längere Abhandlung ist der Therapie gewidmet, und bespricht S. der Reihe nach das Gubert-Kotowtschikowsche Vaccinationsverfahren im Eiterungsstadium der echten Pocken, die von Nasarow angegebenen Einreibungen von Terpentinöl, die ebenso wie der Gebrauch von Salol auch dem Verfasser gute Dienste leisteten, die Anwendung von Bierhefe, von rotem Licht nach Finsen und von Antisepticis, beonders Sublimat, äufserlich und innerlich, Jodoformpillen, Ichthyol- oder Pikrinsäuresalben. Vor allem legt Verfasser Wert auf die prophylaktische Vaccination und Revaccination, die überall obligatorisch eingeführt werden sollte.

Bernhard Schulze-Kiel.

Eine Analyse der Impfstatistik des „Metropolitan Asylums Board" aus den Jahren 1901 und 1902, von J. E. Sandilands. (*Lancet.* 8. Aug. 1903.) Der Bericht umfafst nicht weniger als 9659 in den zwei Jahren notifizierte Fälle und bestätigt zunächst wiederum die hohe Empfänglichkeit aller nichtgeimpften Individuen sowie die grofse Mortalität bei denselben (20—50 %). Des weiteren wird der Versuch gemacht, aus der Zahl, Ausdehnung und Beschaffenheit der Impfnarben Schlüsse auf den erzielten Grad der Immunität zu ziehen. Aus den mitgeteilten Tabellen zieht Verfasser folgende Schlüsse: 1. Impfnarben, welche in Bezug auf Ausdehnung, Anzahl und Dellenbildung günstige Verhältnisse aufweisen, lassen für jedes Lebensalter eine geringere Mortalität und für das höhere Lebensalter eine geringere Morbidität erwarten als Impfungen, die in dieser Hinsicht minderwertig sind; 2. Dellenbildung ist nicht eine absolute Notwendigkeit für gute Impfung, ist aber nicht aufser

Betracht zu lassen. Ferner ist die Zahl der Impfnarben nicht durchaus maſsgebend, und der Umfang der Impfstellen ist nicht ohne Bedeutung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beobachtungen über Impfschäden und vaccinale Mischerkrankungen, von Leonhard Voigt-Hamburg. (*Samml. klin. Vortr.* Nr. 355. Leipzig 1903. Breitkopf & Härtel.) V. beobachtete in Hamburg die Impfungen, deren in der Zeit seiner Amtstätigkeit etwa 600000 stattfanden; es ergab sich, daſs die meisten Impfschäden aus Mischerkrankungen hervorgehen, wie er in Tabellen zeigt. Die meisten in Betracht kommenden Zwischenfälle des Ablaufes des Impfprozesses sind also nicht Folgen der Impfung, welche bei gröſserer Sorgfalt in der häuslichen Wartung und Pflege zumeist vermieden werden könnten. Diese Zwischenfälle sind so auſserordentlich selten, daſs man sie als Unglücksfälle ansehen kann, die viel seltener sind als Unzuträglichkeiten, welche bei den gewöhnlichen Leibesübungen als selbstverständlich hingenommen zu werden pflegen. Hiernach erscheinen die lärmenden Notrufe der Impfgegner nach Abschaffung des Impfgesetzes, das Volksvergiftung und Massenmord gebracht haben soll, daſs dem einzelnen einen unerträglichen Zwang auferlege, als gänzlich unbegründet.

Bernhard Schulze-Kiel.

Aus der Diskussion, die sich an einen Vortrag Henry W. Stelwagons **„über Impfausschläge"** anschloſs, ist bemerkenswert, daſs dort von den zahlreichen Komplikationen gesprochen wurde, die der Impfung folgen können, daſs auſser der generalisierten Vaccine von verschiedenen Seiten Impetigo contagiosa als häufige Komplikation bezeichnet wird; seltener kommt Dermatitis herpetiformis vor. Demgegenüber betonen namentlich Ravogli und E. L. Cocks, daſs in den allermeisten Fällen sich derartige Komplikationen vermeiden lassen, wenn die Impfung mit der nötigen Sauberkeit ausgeführt wird, und wenn an Hautkrankheiten leidende Kinder nicht geimpft werden. Von allen Seiten wird der in Laienkreisen verbreiteten Ansicht widersprochen, die alle möglichen im Kindesalter auftretenden Hautleiden mit der Impfung in Zusammenhang bringt. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 29. Nov. 1902.)

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Ausschlag an der Vulva im Anschluſs an die Vaccination, von A. B. Sloan. (*Brit. med. Journ.* 21. Febr. 1903.) Ein 21jähriges, chlorotisches Mädchen wurde wegen der in ihrem Wohnorte herrschenden Pocken einer Revaccination unterworfen. Fünf Tage später erkrankte die Patientin mit allgemeinem Unwohlsein, Fieber und Kopfschmerzen. Am nächsten Tage war die Vulva ödematös geschwollen, sehr gespannt und schmerzhaft. Die Schleimhaut der Labia majora und minora war mit kleinen, gesondert stehenden Pusteln besät, die Umgebung gerötet und empfindlich. Der ganze, pustulöse, nur auf die Vulva beschränkte Ausschlag hatte sich innerhalb von 24 Stunden entwickelt. Nachdem die Pusteln am darauffolgenden Tage aufgebrochen waren, kam es zu einer profusen Absonderung von der befallenen Schleimhaut. Die Impfpusteln am Arm befanden sich zur Zeit des Auftretens des Vulvarausschlages auf ihrer Höhe, zeigten jedoch im übrigen kein abnormes Aussehen.

Unter antiseptischen Umschlägen und Puder besserte sich langsam der Zustand.

C. Berliner-Aachen.

Ein neuer, einfacher Impfschutzverband, von Joh. B. Teich. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 23.) Uhrglasförmige Schälchen aus Celluloid, mit einem flachen Rande versehen, werden zirkulär mit Pflaster so beklebt, daſs die innere Pflasterfläche am Rande haftet, die äuſsere zur Befestigung am Arme dient.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Notwendigkeit eines staatlichen Tierlymphe-Instituts für Schottland, von John B. Buist-Edinburgh. (*Scott. med. Journ.* April 1903.) Wir erfahren

aus diesem längeren Artikel in erster Linie die merkwürdige Tatsache, dafs in England zwar eine unentgeltliche Lympheversorgung von seiten des Staates an die Impfärzte, keineswegs aber diese Einrichtung in Schottland vorhanden ist. Auch Irland ist in dieser Beziehung ebenso schlecht versorgt; in Schottland wurde an Kosten für die Lymphe im vergangenen Jahre die Summe von ca. 3000 Mark verausgabt. (In England hingegen nahezu 200000 Mark für 523000 Erst- und 498000 Wiederimpfungen.) Energisch stellt daher Buist die Forderung auf, dafs der nächsten Parlamentssitzung vom Staatssekretär ein entsprechender Antrag vorgelegt würde, wonach 1. ein Zentralimpfinstitut zur Verteilung von Lymphe, und 2. eine Tierimpfanstalt mit a) einem Stalle für geimpfte Kälber, b. einem Impfraum für die Impfung der Tiere und die Gewinnung der Lymphe, c. einem Laboratorium für die Mischung der Lymphe und Füllung der Röhrchen in Schottland, nach dem Muster der in London und auf dem Kontinent bestehenden Anstalten, errichtet werden sollten. Jedem praktischen Arzte sollte dann unentgeltlich auf sein Verlangen Lymphe verabreicht werden. B. hebt weiterhin hervor, wie sehr auch in Schottland die Glycerinlymphe sich grofser Gunst erfreue, und plädiert schliefslich, wie nach auswärtigen Erfolgen nicht anders zu erwarten ist, für die Wiederimpfung. Er kann dabei sein Bedauern nicht unterdrücken, dafs die zwangsweise Einführung der Impfung in England nicht durchzuführen ist. Interessant sind neben verschiedenen anderen statistischen Angaben die Kosten, welche Glasgow und Edinburgh durch die Blatternepidemie vom Jahre 1901 gehabt haben, nämlich erstere der beiden Städte ca. 1 Million Mark und letztere 100000 Mark. — Zahlen, welche dem praktischen Engländer doch deutlich genug sprechen dürften. *Stern-München.*

Der Gebrauch von Chloroform bei der Bereitung von Lymphe, von A. B. Green. (*Brit. med. Journ.* 23. Mai 1903.) Durch den Gebrauch einer Lösung von Chloroform in destilliertem Wasser werden nach den Erfahrungen des Verfassers nicht zugehörige Organismen der Lymphe innerhalb von ein bis sechs Stunden aus derselben eliminiert, während die spezifischen Elemente ihre volle Wirksamkeit für die Vaccination behalten. Die Methode ist folgende: Sterile Luft läfst man durch reines, flüssiges Chloroform hindurchgehen, bis sie sich mit Chloroformdampf voll gesättigt hat. Diese Mischung von Luft und Chloroformdampf läfst man dann durch die Vaccine-Emulsion passieren, die sich rasch mit Chloroform sättigt. Emulsionen, die über 100000 fremde Bakterien enthielten, werden innerhalb der erwähnten Zeit von ihnen befreit. Nach der Elimination derselben wird das Chloroform in der Emulsion durch Zufuhr eines Stromes frischer, steriler Luft wieder verflüchtigt. Vaccinationen, mit so präparierter Lymphe ausgeführt, zeitigten vorzügliche Resultate. *C. Berliner-Aachen.*

Studie über das Cytoryctes vaccinae, von Foà. (*Riv. med.* Febr. und März 1903.) Auf Grund seiner mikroskopischen und experimentellen Untersuchungen kommt Verfasser zum Resultate, dafs die Cytoryctes keine lebenden Parasiten der Vaccine darstellen, ohne jedoch dafs er damit behaupten wollte, dafs diese Körperchen nicht die wahren Parasiten enthalten können, welche aber bis jetzt noch unbekannt sind. *C. Müller-Genf.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Bericht über das Vorkommen des Aussatzes, Lepra etc. in Kamerun, von Ziemann-Duala. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 14.) Aus dem Bericht geht hervor, dafs die Lepra in ihren beiden Formen fast allen Negerstämmen Kameruns wohlbekannt ist. Beide Formen werden ihrer Ansteckungsgefahr wegen sehr ge-

fürchtet, die tuberöse Form mehr als die anästhetische. Die überwiegende Mehrzahl der Stämme duldet die Leprösen nicht in ihrer Mitte, veranlafst sie vielmehr, sich mehr oder weniger weit entfernt im „Busch" anzusiedeln. Von der Küste nach dem Innern zu scheint die Lepra in stets wachsender Verbreitung vorzukommen; die Ausbreitung ist derart, dafs sie die ernsteste Beachtung seitens der Regierung verdient.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Über die Verbreitung und Bekämpfung der Lepra in Estland, von A. Kupffer-Kuda. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 6.) In Estland gibt es gegenwärtig etwa 100 Lepröse. Sie verteilen sich nicht gleichmäfsig über das Land; ein Teil der Lepraherde folgt den alten Heerstrafsen, die andere grenzt an die Kreise Nordlivlands, die besonders von der Lepra ergriffen sind. Die ersten Krankheitsfälle wurden wohl durch Soldaten während des französischen Krieges zu Anfang des 19. Jahrhunderts ins Land gebracht. Von den noch lebenden Leprösen sind die Hälfte tuberös, die Hälfte maculo-anästhetisch. Es scheint, als ob die Epidemie sich jetzt im Sinken befindet; schwere Erkrankungen sind in den letzten Jahren überhaupt nicht zur Beobachtung gekommen. Seit 1897 existiert in Kuda ein Landesleprosorium, in welchem $^5/_6$ der bekannten Leprösen interniert sind.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Die Lepra in Japan, von J. Daland. (*Brit. med. Journ.* 27. Juni 1903.) Auf allen japanischen Inseln herrscht die Lepra, mit Ausnahme von Yezo, der nördlichsten Insel, deren Bewohner anderen Ursprungs sein sollen und völlig isoliert von den anderen Teilen des japanischen Reiches leben. Nicht weniger als 50000 Lepröse soll es in Japan geben, von denen die Mehrzahl Bauern sind; nur wenige gehören den besseren Ständen an. In den letzten Jahren ist man der unheimlichen Ausbreitung der Lepra durch Isolierung der Leprösen in Leprosorien energisch entgegengetreten. Den Leprösen ist es verboten zu heiraten; lepröse Ammen dürfen nicht gesunde Kinder nähren. *C. Berliner-Aachen.*

Abnahme der Lepra in Hawaii. (*Brit. med. Journ.* 11. April 1903.) Aus dem Berichte des Gouverneurs Dole geht hervor, dafs seit der streng durchgeführten Absonderung der Leprösen von der gesunden Bevölkerung, die Zahl jener innerhalb der letzten zwölf Jahre stetig abgenommen hat. Von 1890—92 sind 454, von 1893 bis 1895 445, 1896—99 350 und 1899—1901 254 Erkrankungen an Lepra registriert.

C. Berliner-Aachen.

Lepra, von Jonathan Hutchinson. (*Brit. med. Journ.* 23. Mai 1903.) In einer stark besuchten Versammlung sprach H. über die Ergebnisse seiner Reise nach Indien zur Untersuchung der Leprösen in verschiedenen Distrikten. Es war ihm bei dieser Reise hauptsächlich darum zu tun, die von der Leprakommission gegen seine Fischessertheorie vorgebrachten Argumente an Ort und Stelle zu widerlegen. Wohl hatte die Kommission in ihrem Berichte das Zugeständnis gemacht, dafs die Lepra durch die Nahrung übertragbar sei, und der Leprabazillus von den Händen der Leprösen direkt in den Magen wandern könne. Gegen die Fischessertheorie führte sie an, dafs sie Lepröse gefunden habe, die niemals Fische gegessen, und dafs die Lepra in Gegenden herrsche, wo Fische nur wenig oder gar nicht verzehrt würden; umgekehrt es wieder leprafreie Distrikte gebe, wo Fisch eine Hauptnahrung der Bevölkerung bilde. Dieses letzte Faktum schliefst nach H. jedoch die Fischessertheorie nicht aus, da frische oder gut konservierte Fische unschädlich seien. H. traute manchen Mitteilungen der Leprakommission nicht recht und ist bei den Untersuchungen der Leprösen und in der Fragestellung hinsichtlich der Fischnahrung viel gründlicher, genauer und schlauer zu Werke gegangen, so dafs er vielfach direkt entgegengesetzte, seine Theorie durchaus stützende Ergebnisse erhalten hat. *C. Berliner-Aachen.*

Schlufsfolgerungen aus Beobachtungen an 220 Fällen von Lepra bei Sudanesen, von T. J. Tonkin-Hanley. (*Lancet.* 18. April 1903.) Verfasser hatte als Arzt einer die zentralen Teile des Sudans bereisenden Expedition in den Jahren 1893—95 Gelegenheit, die Lepra dort an Ort und Stelle kennen zu lernen. Seine Beobachtungen sind in mancher Hinsicht nicht ohne Bedeutung. Zunächst ist zu bemerken, dafs der Sudan, in dessen zentralem Teil hauptsächlich Leprakranke angetroffen werden, ein gröfseres Gebiet umfafst, als gewöhnlich gemeint wird, indem derselbe vom achten Grade nördlicher Breite bis auf die Höhe von Timbuktu sich erstreckt und vom Südende von Ägypten im Osten bis fast an die Westküste des Kontinents reicht. In bezug auf die Ätiologie ist T. durchaus Gegner der Auffassung von einer hereditären Übertragung, und die von ihm beigebrachten statistischen Tabellen sprechen auch keineswegs für diese Ansicht. Das am meisten prädisponierte Alter ist die Zeit zwischen dem 6. und 25. Lebensjahr, die Periode der intensivsten körperlichen Entwicklung, und T. mifst diesem Umstand demgemäfs auch gröfsere Bedeutung bei. Ein Vorwiegen des männlichen Geschlechts bei den Erkrankungen war nur in geringem Mafse zu konstatieren (ca. 57%:43%), so dafs man diesen Faktor unberücksichtigt lassen kann. Als eines der wichtigsten Momente in ätiologischer Hinsicht hebt Verfasser die Diät hervor. Nicht als ob irgend eine bestimmte Speise imstande wäre, Lepra zu erzeugen oder zu übertragen, sondern er hat gefunden, dafs überall, wo das Leiden herrscht, die Bevölkerung auf eine unzureichende oder einseitige und unzweckmäfsige Nahrung angewiesen ist, und dem schwächenden Einfluls dieses Mangels schreibt er eine grofse, ausschlaggebende Rolle zu. Ferner betont er den Umstand, dafs dort Bekleidungsgegenstände ganz gewöhnlich von verschiedenen Personen nacheinander ungewaschen getragen werden. In bezug auf die Prognose ist die Ansicht T.s erwähnenswert, dafs das Leiden keineswegs als unheilbar zu bezeichnen ist, wenn auch langwierig und gefährlich. Sie halte aber selten länger als 20 Jahre vor, und wenn ein Kranker so lange Widerstand leisten kann, darf er auf einen Stillstand des Prozesses hoffen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur bevorstehenden staatlichen Kontrolle über die Leprakranken, von Sadikow. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 3.) Die russische Regierung hat neuerdings die verschiedenen Gouvernements zur Bildung von Kommissionen veranlafst, welche in allen die Lepra berührenden Sachen die mafsgebende Behörde sein und zugleich auch eine ständige Kontrolle über die Leprösen ausüben sollen. Verfasser hat in der vorliegenden Arbeit eine Instruktion für die Leprakommission und Regeln für eine häusliche Isolation der Leprösen ausgearbeitet und dem livländischen Ärztetage vorgelegt. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Ist die Lepra kontagiös? von M. A. Tschlenow. (*Russkij Wratsch.* 1903. Nr. 12 u. 13.) Überblick über den heutigen Stand der Frage der Ansteckungsfähigkeit der Lepra. Verfasser kommt zur Überzeugung, dafs die Kontagiosität der Lepra tuberosa nicht mehr angezweifelt werden darf. Was die anästhetische Form anbelangt, möchte er nicht den Standpunkt der Autoren teilen, welche sie entweder als gar nicht oder nur als minimal ansteckungsfähig betrachten: er gibt jedoch zu, dafs die letztere in der Frage der praktischen Bekämpfung der Lepra in den Hintergrund gegenüber der Lepra tuberosa kommt, der man die gröfste Aufmerksamkeit schenken soll. Zum Schlufs spricht sich der Verfasser warm für die Einrichtung von Leprosorien aus, die aber die Form zwangloser Kolonien behalten müssen. Solche Leprosorien sollen hauptsächlich in den Zentren der am meisten von Lepra geplagten Länder eingerichtet werden; aufserdem aber soll einer jeden russischen Universität ein Leprosorium beigefügt werden, um auf diese Weise die wissenschaftliche Untersuchung der Frage in ausgiebiger Weise zu fördern. *Leo Feuerstein-Bad Hall.*

Ist die nervöse oder fleckig-anästhetische Form der Lepra ansteckend? von Reschetillo. (*Russkij Wratsch.* 1903. Nr. 16.) Als Entgegnung auf die von Prof. Dehio ausgesprochene Ansicht, daſs die nervöse Form der Lepra gar nicht oder nur in sehr geringem Grade ansteckend ist, spricht sich Verfasser auf Grund der Arbeiten von Glück, Sticker, Werner, Kolle, Dacco, Babes unter anderem folgendermaſsen in seinen Schluſssätzen aus:

a) Die nervöse oder fleckig-anästhetische Form der Lepra ist ebenso wie die knotige oder höckrige Form ansteckend, da bei beiden Formen im Sekret der Nase wie im Sputum Leprabazillen gefunden worden sind, und da wir nichts von einer Gefahrlosigkeit der Bazillen dieser Lepraform wissen.

b) Die von Prof. Dehio in seiner Arbeit ausgesprochene Ansicht, daſs „nicht alle Lepraformen in gleicher Weise ansteckend und für die Umgebung gefährlich sind," sollte daher in folgender, richtigerer Weise umgeändert werden: „Die beiden Lepraformen sind nicht zu jeder Zeit gleich ansteckend." *Arth. Jordan-Moskau.*

Eine lepraähnliche Erkrankung der Haut und der Lymphdrüsen bei Wanderratten, von W. K. Stefansky. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 33, Nr. 7.) Die säurefesten Stäbchen verschiedenster Art erweisen sich in ihrem morphologischen Verhalten und ihrer Eigenschaft eingeimpft, Knötchen hervorzurufen, als den Tuberkelbazillen sehr verwandt. Beim Menschen ist nur noch eine durch säurefeste Stäbchen erzeugte Krankheit bekannt, die Verruga du Pérou, die aber sehr wenig untersucht ist. Ein durch säurefeste Bazillen hervorgerufenes Leiden kommt bei Ratten sehr häufig vor: es gibt lepraähnliche Krankheitsbilder. Es gibt eine rein drüsige Form, die häufigere, und eine hautmuskuläre mit gleichzeitiger Beteiligung der Drüsen. Die letztere gibt Hautveränderungen, die sehr an die diffuse lepröse Infiltration (Babes) erinnern. Kulturen gelangen nicht. Die makro- und mikroskopischen Befunde werden genau beschrieben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über eine durch säurefeste Bakterien hervorgerufene Hauterkrankung der Ratten, von Lydia Rabinowitsch. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 33, Nr. 8.) Verfasserin konnte das von Stefansky beschriebene Leiden der Ratten in leichter Form an Ratten in Berlin finden. Ihre Mitteilung bestätigt die Befunde.
Jessner-Königsberg i. Pr.

b. *Tuberkulose.*

Tuberculosis verrucosa cutis, von Darier. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 33.) Kurze Beschreibung eines Falles von Tuberculosis verrucosa cutis auf der dorsalen Fläche der rechten Hand bei einem Manne mit Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Bei dem Kranken, der noch dazu vor 30 Jahren luetisch infiziert worden war, war auſserdem vor drei Monaten am radialen Rand des Vorderarms ein Tumor entstanden, der ursprünglich ganz hart war, aber allmählich weich wurde und jetzt eine oberflächliche, gerötete, fluktuierende Geschwulst darstellt. Dieselbe ist tuberkulöser Natur und enthält Tuberkelbazillen; D. nennt sie ein „tuberkulöses Gumma". Von den syphilitischen Gummen unterscheiden sich derartige tuberkulöse Gummen dadurch, daſs sie stets nur oberhalb einer bereits bestehenden tuberkulösen Hautaffektion, hier der verrukösen Hauttuberkulose, auftreten, und daſs sie, einmal eröffnet, ungleich länger zur Heilung brauchen als die syphilitischen Gummen. — Die Behandlung in dem mitgeteilten Falle kann lediglich eine allgemeine sein. *Götz-München.*

Über bovine Impftuberkulose, von O. Lassar-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 31.) In der Berliner medizinischen Gesellschaft stellt Lassar eine Reihe von Patienten mit lokaler Impftuberkulose vor, z. B. ein gesunder junger Mann, Veterinärpathologe, in Beobachtung geübt, hat nie vorher eine Veränderung an seinen

Händen bemerkt. Derselbe beschäftigt sich eingehend mit dem Rachenschleim perlsüchtiger Rinder. Während dieser Zeit entwickeln sich an der ad hoc verwendeten rechten Hand drei Impfknötchen, die sich nach Aussehen und Struktur nicht von anderer Tuberculosis verrucosa cutis unterscheiden. Ähnlich sind die anderen Fälle, deren Abbildungen beigegeben sind; alle Patienten haben mit perlsüchtigem Rind zu tun gehabt.

Es läßt sich demnach nicht bestreiten, daß eine ganze Anzahl von Männern, die berufsmäßig mit krankem Rindvieh zu tun haben, eine Neigung zur Haftung von Impftuberkeln aufweisen, was die Annahme stützt, daß perlsüchtiges Fleisch für die menschliche Haut eine pathologische Haftbarkeit involviert. Weitergehende Schlüsse lassen sich hieraus nicht ziehen.

In der dem Vortrage folgenden Diskussion zeigt Max Wolff mikroskopische Präparate, die von zwei Fällen von Impftuberkulose beim Kalbe stammen, hervorgebracht durch Überimpfung von tuberkulosem menschlichen Material. Aus seinen Versuchen wird die Tatsache der Übertragbarkeit der menschlichen Tuberkulose auf Rinder festgelegt und hiermit gleichzeitig der wesentliche Beweis für die prinzipielle Identität der Menschen- und Rindertuberkulose geliefert. Der nach den Impfungen an Kälbern gefundene Unterschied in der infektiösen Wirkung tuberkulösen menschlichen und perlsüchtigen Materials auf das Rind ist kein prinzipieller, sondern nur ein gradueller: es sind nur Virulenzunterschiede. Westenhoeffer ergänzt die Ausführungen seines Chefs Orth über die Möglichkeit der Übertragbarkeit der menschlichen Tuberkulose auf das Rind. Um eine erfolgreiche Infektion zu erlangen, müssen wir uns einen locus minoris resistentiae schaffen, ohne Disposition, keine Infektion, der Bazillus allein genügt nicht, um eine Infektion zu bewerkstelligen.

Baginski meint, die Frage der Tuberkuloseübertragung kann nicht als eine Art Doktorfrage gewonnen werden, bei welcher es sich um das etwa interessante Problem handelt, ob die Tuberkulose der Menschen auf das Rind übertragbar ist; die Entscheidung ist vielmehr darüber herbeizuführen, ob die Tuberkulose des Rindes auf den Menschen übertragbar ist. Darüber sagen die Tierexperimente nichts aus. v. Hansemann betont seine Übereinstimmung mit Orth. An der weiteren Diskussion beteiligen sich Heubner, Schütz, Kossel, B. Fränkel, Max Wolff, während Orth und Lassar im Schlußwort nochmals ihre Ansichten und das Resultat der Diskussion zusammenfassen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die gegenwärtige Behandlung der subkutanen Tuberkulose, von Filartoupo. (*Rev. internat. de la tubercul.* 1902. Nr. 9.) Verfasser kommt, nachdem er die zahllosen Behandlungsmethoden der Tuberkulose angeführt hat, zum Schlusse, daß in Fällen von gewöhnlichem Lupus die klassischen Methoden angewandt werden müssen; da aber, wo diese nicht zum Ziele führen, und wo es sich um ganz hartnäckige Fälle handelt, leistet die Radiotherapie die besten Dienste, indem sie am sichersten vor Rezidiven garantiert. Im Gesichte, wo es darauf ankommt, möglichst glatte Narben zu gewinnen, sind Skarifikationen am empfehlenswertesten. An bedeckten Körperstellen sind Kauterisationen und Auskratzungen zu machen. Bei isolierten kleineren Herden im Gesichte sind besonders Galvanokauterisationen indiziert, denen einige Sitzungen von Skarifikationen folgen können. Beim Lupus der Schleimhäute, speziell der Nase, findet die Elektrokaustik ihre Indikation, oder an deren Stelle die Auskratzung verbunden mit Applikationen von Eisenchlorid oder Argentum nitricum.
C. Müller-Genf.

In der Sitzung des ärztlichen Vereins in Hamburg vom 16. Dezember 1902 demonstriert Delbanco einen Patienten mit einer symmetrisch auf die Unterschenkel verteilten Affektion, welche seit zwei Jahren besteht und sich in linsen- bis zwei-

pfennigstückgrofsen Beulen von blauvioletter Farbe äufsert, die jucken, leicht bluten, an der Oberfläche nekrotisieren und nach langem Bestehen unter Zurücklassung einer Narbe abheilen. Wegen ihrer Eigenschaften bezeichnet D. die Affektion als **Erythema papulosum chronicum perstans necroticans**; sie gehört in die Gruppe der Toxituberkulide. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. No. 11.) *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Das Radium in der Behandlung des Lupus, von Frémolières. (*Presse méd.* 1902. Nr. 100.) Danlos beobachtete die Einwirkung des Metalls und Elementes Radium auf die Haut. Die von dieser Substanz ausgehenden Strahlen sind den Röntgenstrahlen in vielerlei Hinsicht analog, sie erzeugen auf der Haut Brandwunden und Geschwüre. Danlos verwendete diese Wirkung des Radiums zur therapeutischen Beeinflussung des Lupus. Das Element wurde in Celluloidkapseln verschlossen zur Wirkung gebracht, es war als Radiumchlorür zu gleichen Teilen mit Baryumchlorür gemischt. Das Mittel wurde verschieden lange Zeit auf die erkrankten Partien der Haut gebraucht, von 24—48 Stunden. Die Beeinflussung der lupösen Prozesse war eine deutliche und vorteilhafte. Es erfolgten Ulzerationen mit konsekutiver dauerhafter Narbenbildung ohne jedes Rezidiv trotz einjähriger Beobachtung.

Hopf-Dresden.

Die Resultate der Phototherapie und die Technik ihrer Applikation beim Lupus, von M. Finsen-Kopenhagen. (*Neue Therapie.* 9. Jahrg. Juli 1903.) F. bringt in einer Mitteilung an die Pariser Akademie der Wissenschaften eine Zusammenstellung der Resultate, welche er mit seinem Heilverfahren bisher gehabt hat. Die Statistik umfafst 804, von November 1895 bis Januar 1902 behandelte Fälle; davon sind geheilt 412, fast völlig geheilt 192, noch in Behandlung befindliche, bedeutend gebesserte 91 usw. Im ganzen rechnet er 737 Fälle, d. i. 94 %, welche von der Phototherapie günstig beeinflufst wurden. Sehr wichtig sind die ganze Technik der Behandlungsart, gröfste Umsicht auf den Zustand des Apparates und der Lampen, solche von 60– 80 Ampère (gegenüber der früheren Stärke von 40 Ampère), wodurch die Raschheit der Heilung fast auf das Dreifache gestiegen sei, ferner die Notwendigkeit, eine grofse Anzahl von Strahlen zu haben (sehr konzentriertes Licht), welche möglichst tief in das Gewebe eindringen. Die Apparate mit Eisenelektroden verwirft F., da die dabei erzeugte grofse Anzahl von ultravioletten Strahlen keine penetrierenden Strahlen liefern und bei der Therapie des Lupus nicht in Betracht kommen können. *Stern-München.*

Licht- und Röntgenstrahlenbehandlung des Lupus, von R. B. Wild-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 18. April 1903.) Nach Finsen wurden 20 Lupusfälle behandelt; 11 wurden vollständig geheilt, 4 sehr gebessert, also im ganzen 75% gute Resultate. Mit Röntgenstrahlen wurden von 29 Fällen 9 geheilt und 9 sehr gebessert; dies bedeutet 62% gute Resultate. *C. Berliner-Aachen.*

Die Heilwirkung der X-Strahlen auf Lupus und maligne Neubildungen, von Thomas J. Buchanan-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 25. April 1903.) Nach kurzer Beschreibung von fünf (zum Teil illustrierten) Fällen kommt B. zu folgenden Schlüssen: 1. Viele Fälle von oberflächlichem Epitheliom, von Lupus, Ulcus rodens, Ekzema und manchen anderen Hautkrankheiten können mit den Röntgenstrahlen definitiv geheilt werden. 2. Das Wachstum tiefsitzender Krebsgeschwülste kann manchmal aufgehalten und der Schmerz bedeutend verringert werden; aber das solche Patienten durch die X-Strahlen eine dauernde Heilung erfuhren, ist noch nicht bewiesen. 3. Eine Röhre von mittelhohem Vakuum ist besser für die therapeutische Verwendung der X-Strahlen geeignet als eine solche von niederem Druck, speziell für tiefsitzende Karzinome. 4. Der exponierte Körperteil sollte an der Röhre nie näher als ca. 10 cm sich befinden. 5. Eine Sitzung sollte nie länger als fünf bis zehn

Minuten betragen. 6. Zwischen jeder Sitzung sollte ein Intervall von 3 bis 4 Tagen sein. 7. Um einen Heileffekt zu erzielen, ist es weder notwendig, eine Brandwunde noch irgend eine andere lokale Reaktion hervorzurufen. 8. Alle Fälle von inoperablem Karzinom, Sarkom usw. sollten mit X-Strahlen behandelt werden, bevor sie als hoffnungslos sich selbst überlassen werden. 9. Der Operateur mufs in dem Gebrauch des Röntgenapparates wohl erfahren sein. 10. Hört man mit der Behandlung auf, so zeigen die Karzinome eine ausgesprochene Neigung zu Rezidiven. In zweien der von B. angeführten Fälle (Lupus) trat vollständige Heilung ein. *Stern-München.*

Versuche über Impftuberkulose, von Schütz-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 29.) In der Sitzung vom 1. Juli 1903 der Berliner medizinischen Gesellschaft spricht Sch. über die Beziehungen zwischen Mensch- und Tiertuberkulose. Er ist der Ansicht, dafs die Stellung Lassars, „dafs die Beziehung zwischen Rind- und Menschenkrankheit eine ganz unbefangene Stütze im positivem Sinne durch seine Erhebungen erlangt habe," nicht begründet ist, und sucht dieses an der Hand seiner eigenen Erfahrungen nachzuweisen. Einzelnes aus dem interessanten Vortrage hervorzuheben, würde ein unvollständiges Bild des Gesagten geben. Der Vortrag mufs in extenso nachgelesen werden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Wirkung abgetöteter Tuberkelbazillen und der Toxine von Tuberkelbazillen, von Victor Klingmüller-Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 34.) Man beobachtet oft, dafs die Injektionsstellen beim Gebrauch von Tuberkulin nicht ganz reaktionslos blieben, ja, oft trat an solchen alten Injektionsstellen auf erneute Tuberkulininjektionen hin eine typische örtliche Reizung auf. Die Erklärung liegt darin, dafs das Alttuberkulin Tuberkelbazillen oder wenigstens Teile von ihnen enthält, welche die mikroskopisch festgestellten tuberkuloseähnlichen Veränderungen verursachen, wie K.s Versuche zeigen. Er beweist, dafs die Toxine des Tuberkelbazillus imstande sind, tuberkuloseähnliche Veränderungen im Gewebe zu erzeugen, durch diese Versuche wird die diagnostische Deutung der durch Alttuberkulin erzeugten Lokalreaktion in gewissem Grade modifiziert. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Behandlung des Lupus vulgaris mit X-Strahlen und ultravioletten Strahlen, von H. E. Gamlen. (*Brit. med. Journ.* 6. Juni 1903.) Der Enderfolg der Behandlung hängt viel von der sorgfältigen, sehr aufmerksamen Beobachtung und vorsichtigen, ganz individualisierenden Behandlung der Patienten ab. Ärzte, welche wenig Zeit haben, sich eingehend mit den Lupuspatienten zu beschäftigen, werden keine oder wenig günstige Resultate von der Behandlungsmethode erzielen. Verfasser beschreibt einige Fälle, bei denen ihm die Heilung geglückt ist. Die beigefügten Abbildungen illustrieren und demonstrieren das ausgezeichnete Resultat.

Im Gegensatz zu anderen Ärzten exponiert Verfasser die Patienten nur zwei- oder dreimal wöchentlich drei bis fünf Minuten lang. Ganz im Beginn der Behandlung kommt es darauf an, zunächst nur eine milde Reaktion zu erzielen und diese gradatim zu steigern.

Über die Nachhaltigkeit der Heilungen vermag Verfasser noch kein bestimmtes Urteil abzugeben. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung des Schleimhautlupus der Nase mit Pyrogallussäure, von Wittmaack-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 31.) W. hat mehrfach Schleimhautlupus der Nase mit Pyrogallussäure behandelt und damit, wie auch die mitgeteilten Krankengeschichten erweisen, sehr befriedigende Resultate erzielt. Er beginnt die Behandlung damit, dafs er alles Gewebe, das makroskopisch krank erscheint, unter Kokainanästhesie mit Schlinge und Kurette möglichst gründlich abträgt; bestehen bereits Ulzerationen, so wird der Grund und die nächste Umgebung des Ulcus kurettiert. Dann werden, bei geringer Blutung sofort, bei stärkerer Blu-

tung am nächsten Tage, nach nochmaliger Kokainisierung auf alle erkrankten Partien kleine mit 10 %iger Pyrogallussalbe bestrichene Gazestreifchen aufgedrückt. Zwischen untere Muschel und Septum wird ein mit Gaze umwickeltes und mit der gleichen Salbe bestrichenes Stück eines Zelluloidkatheters eingeschoben; die Länge dieses Stückes richtet sich nach der Tiefe des Erkrankungsprozesses in der Nase, die Stärke mufs so bemessen werden, dafs ein mäfsiger, aber nicht schmerzhafter Druck auf die Schleimhaut ausgeübt wird. Um den Katheter herum werden ebenfalls noch bestrichene Gazestreifchen eingeschoben. Die Tampons bleiben 24 Stunden liegen, um dann durch neue ersetzt zu werden; dies geschieht drei bis vier Tage hindurch, dabei steigt man mit der Konzentration der Salbe rasch auf 20%. Dann wird drei bis vier Tage lang eine indifferente Behandlung mit Borsalbe usw. vorgenommen. Je nach der Schwere des Falles wird dieser Turnus drei- bis zehnmal wiederholt. — Die Behandlung wird stets gut ertragen; nennenswerte Schmerzen treten nicht auf. Kokainisierung ist gewöhnlich nur bei den ersten zwei bis drei Applikationen erforderlich.

Götz-München.

Die Behandlung des Lupus mit Kaliumpermanganat, von J. Hall-Edwards-Birmingham. (*Brit. med. Journ.* 27. Juni 1903.) Butte, der zuerst die Methode in Anwendung gebracht hat, gebrauchte Kompressen einer 2 %igen Kaliumpermanganatlösung, die er täglich für 12—15 Minuten lang auflegen liefs, und dies 14 Tage hindurch. In nicht ulzerierten Fällen liefs er die Stellen für 1/4 Stunde lang mit Kaliumpermanganatpuder bestreuen und ein Stück trockene Watte darauf legen. Der Effekt war ein sehr intensiver und rief eine beträchtliche Entzündung hervor.

Verfasser hat die Methode einmal zur Unterstützung der X-Strahlenbehandlung, dann für sich allein angewandt und war über die guten Resultate sehr überrascht. Er braucht eine gesättigte Lösung des Salzes, von dem er 3 3/4 g in 30 g destillierten Wassers auflöst. Bei nicht ulzeriertem Lupus werden die erkrankten Partien zunächst mit Karbol- oder Ichthyolseife gewaschen, dann mit Methylspiritus abgewischt und getrocknet. Hierauf wird die Kaliumpermanganatlösung mit einer Bürste aufgetragen. In Fällen, wo die Oberfläche mit Krusten bedeckt ist, wird dieselbe erst gereinigt; die Krusten werden nicht gewaltsam entfernt, sondern mit der Lösung getränkt. Die Applikationen werden täglich oder jeden zweiten Tag vorgenommen, bis man Besserung erzielt hat.

C. Berliner-Aachen.

c. *Syphilis.*

Die Syphilis in der Sprechstunde, von C. Aussilloux. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 34 und 35.) Der Verfasser zeigt an einigen Beispielen, dafs eine bestehende Syphilis sehr oft deshalb nicht diagnostiziert wird, weil der Arzt überhaupt nicht an sie denkt oder sie wegen der sozialen Stellung oder der moralischen Qualität des Patienten von vornherein für ausgeschlossen hält, oder aber sich durch die eine syphilitische Infektion mit Bestimmtheit negierenden Angaben des Kranken täuschen läfst.

Götz-München.

Ist die Syphilis heilbar, von A. Neisser-Breslau. (*Hygien. Volksbl.* 1903. Nr. 1.) In Form eines volkstümlichen Aufsatzes betont der bekannte Forscher, dafs nicht der geringste Zweifel darüber besteht, dafs die Syphilis eine heilbare Krankheit ist und in den allermeisten Fällen auch wirklich ganz geheilt wird. Er legt den Patienten ans Herz, alle ihnen ärztlicherseits vorgeschriebenen Kuren prompt und sorgsam durchzuführen, sich einer vernünftigen Lebensweise zu befleifsigen, sich von allen Exzessen des Trinkens und von sonstigem ausschweifendem Lebenswandel fernzuhalten und keine Angst vor dem leider von vielen gefürchteten Quecksilber zu haben, welches, in richtiger Weise angewandt, ein souveränes Mittel gegen Syphilis ist und fast immer zur Heilung führt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Selbstmord bei Syphilis, von Alfred Fournier. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1903. Nr. 22.) Die Fälle, in denen Syphilis zum Selbstmord führt, lassen sich in vier Gruppen teilen:

1. Fälle, in denen der Selbstmord durch eine Geisteströrung infolge von Syphilis herbeigeführt ist. Auch hereditäre Lues kann die Ursache sein.

2. Fälle, wo der Selbstmord das Ergebnis der verzweifelten Stimmung des Kranken angesichts der wirklich oder vermeintlich syphilitischen Erscheinungen ist.

3. Fälle, die sich auf die ersten Symptome der Syphilis erstrecken, d. h. die sich impulsiv, ohne Überlegung, meist an demselben Tage, an dem sie ihre syphilitische Erkrankung entdecken, sich das Leben nehmen. Bei der zweiten Gruppe handelt es sich dagegen um wohlerwogene, gewissermafsen reife Selbstmordpläne.

4. Fälle mit Beziehungen zu gewissen sozialen Schwierigkeiten, welche die Syphilis hinsichtlich der Eheschliefsung herbeiführt.

Interessante Fälle aus der grofsen Erfahrung des Verfassers illustrieren diese Gruppen. Hier sei nur hervorgehoben, wie vorsichtig der Arzt besonders mit Rücksicht auf die dritte Gruppe sein mufs. Man darf nicht gleich mit der Diagnose „Syphilis" hervortreten, mufs dem ersten Schock vorbeugen, den Patienten allmählich an den Gedanken der Infektion gewöhnen. Der Arzt mufs ein Mensch sein, dessen Wissenschaft Heilung, dessen Menschenfreundlichkeit Trost bringt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

NOV 15 1904
LIBRARY

Syphilis und Heirat, von G. F. Marshall. (*Edinburgh med. Journ.* Aug. 1903.) M. schliefst sich in der Frage, wann ein Syphilitiker heiraten darf, vollständig den von Fournier aufgestellten Sätzen an, ebenso bezüglich der spezifischen Behandlung einer von einem Syphilitischen Geschwängerten. *W. Lehmann-Freiburg i. B.*

Der Alkoholismus bei den syphilitischen Erscheinungen, von Max Renault. *Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 38.) Der Alkoholismus hat bei Syphilitikern die Wirkung, dafs alle luetischen Manifestationen, insbesondere auch die Hauteruptionen, in viel stärkerem Grade und frühzeitiger als gewöhnlich auftreten; als Illustration teilt R. einige eigene Beobachtungen mit. Nach R. zeigt ferner die Syphilis beim Alkoholiker nicht die Remissionen und symptomfreien Intervalle, die ihr sonst eigen sind, dauert aber viel länger als beim Nichtalkoholiker. *Götz-München.*

Die Syphilis der alten Frauen, von Chauffard. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 19.) Eine 60jährige Frau, die vor vielen Jahren syphilitisch infiziert worden war, hatte wegen leichter tertiärer Erscheinungen 25 Injektionen von Hydrargyrum bijodatum erhalten und tadellos vertragen. Während sie nach Beendigung der Injektionskur noch Quecksilbereinreibungen machte, trat eine Quecksilberstomatitis auf, und noch im Verlaufe derselben entstand eine ausgedehnte luetische Perforation des harten Gaumens. Wie sehr oft bei älteren Leuten, war auch in diesem Falle das Syphilisgift so virulent, dafs es der Wirkung des Quecksilbers widerstand.

Bei zwei anderen bejahrten Frauen, von denen die eine ein lupusähnliches Syphilid im Gesicht, die andere einen an den Primäraffekt sich anschliefsenden, ausgedehnten, geschwürigen Zerfall an der Vulva aufwies, gelang es nur mit Hilfe von Kalomelinjektionen, Heilung herbeizuführen. *Götz-München.*

Über eigenartige Parasitenbefunde bei Syphilis. Ihre Bedeutung für die Entstehung, Diagnose und Ausbreitung dieser Infektionskrankheit bei Erwachsenen und Kindern, sowie für die Beziehungen der Syphilis zu andern Krankheitsprozessen, von Max Schüller. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXII. Nr. 5—9.) Die vorliegenden Untersuchungen knüpfen an an die Parasitenbefunde, welche Verfasser bei Krebs und Sarkom erhalten hat. Es gelang ihm, in allen Stadien der Syphilis und bei hereditärer Syphilis ähnliche Organismen zu finden und zu züchten, die aber

in ihrer äufseren Form und noch mehr in der Einwirkung auf die Gewebe von den Krebsparasiten abwichen.

In Primäraffekten stellte Verfasser Invasionsgänge fest; durch welche die Parasiten, deren zoologische Rubrizierung noch nicht möglich ist, eindringen. Es würde zu weit führen, hier über die geschilderten Gebilde referieren zu wollen, es sei deshalb auf das Original verwiesen. Verfasser glaubt, dafs in den gefundenen Gebilden die wesentlichen Infektionsträger der Syphilis zu finden sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über extragenitale Primäraffekte, von Otto Witte-Kiel. (*Allg. med. Centralztg.* 1903. Nr. 36.) W. veröffentlicht aus der Kieler medizinischen Klinik 30 Fälle extragenitaler Sklerosen aus den Jahren 1891 bis 1903, das sind 2,66% der gesamten Syphilisfälle, und zwar 1,4% Männer und 4,9% Frauen. Ferner fügt er aus der dermatologischen Klinik zu Kiel 14 Fälle vom 17. März bis 1. August 1903 hinzu. Da in der betreffenden Zeit im ganzen 95 Syphilisfälle behandelt wurden, so sind es 14,7% extragenitale Infektionen (für Männer 17,2%, für Frauen 9,7%). Bevorzugt sind die Lippen. (Im übrigen sind in Kiel die extragenitalen Sklerosen nicht öfter als sonst, wie die Statistik der ersten Reihe zeigt. Die Statistik der erst kürzlich entstandenen dermatologischen Klinik ist zufällig so ungünstig für die Syphilis insontium und wird sicherlich nach einer Reihe von Jahren andere Resultate geben. Meine eigenen Beobachtungen entsprechen mehr den Aufzeichnungen aus der medizinischen Klinik Quinckes. D. Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Verhütung einer bestimmten Art extragenitaler Syphiliseinschleppung, von Franz Weitlauer. (*Wien. klin. Rundsch.* 1903. Nr. 28.) Verfasser beleuchtet an selbstbeobachteten Beispielen die Gefahr, welche uneheliche hereditärluetische Säuglinge den Familien bringen, welchen sie zur Pflege gegeben werden. Es kommt vor, dafs die ganze Familie infiziert wird. Deshalb müfste jedes in Pflege gegebene Kind vorher auf Syphilis ärztlich untersucht werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die papulösen Syphilide und ihre Behandlung, von A. Renault. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 31.) Kurze Schilderung der papulösen Syphilide mit besonderer Hervorhebung der Differentialdiagnose gegenüber der Variola, der Psoriasis und dem Lichen planus. Als beste Behandlung empfiehlt R. innerliche Verabreichung von Quecksilber, Gebrauch warmer Bäder mit Stärkemehlzusatz und während der Nacht Bedecken der erkrankten Hautpartien mit einem quecksilberhaltigen Pflaster (am besten Vigoschem Pflaster). *Götz-München.*

Beitrag zur Diagnostik syphilitischer Mundaffektionen, von P. Meissner. (*Die med. Woche.* 1903. Nr. 26.) M. gibt die Geschichte eines Herrn, der an nicht spezifischen Plaques der Mundschleimhaut litt, die für Lues gehalten wurden, aber nur auf Verdauungsstörungen beruhten, wie Verfasser es schon öfters sah. Er meint, man soll sich hüten, aus einer Schleimhautaffektion, die zwar den syphilitischen Plaques muqueuses sehr ähnlich ist, allein die Diagnose Lues zu stellen. Entweder müssen andere Symptome vorhanden sein oder nachfolgen, oder man mufs zunächst von der Diagnose Abstand nehmen. Auf jeden Fall empfiehlt es sich, bei derartigen Mundaffektionen vor Einleitung einer lokalen Behandlung für eine gründliche Reinigung des Darms zu zu sorgen, sodann aber, wenn diese nicht möglich ist, eine harmlose Desinfizierung der getrübten Schleimhautpartien mit konzentrierter Methylenblaulösung vorzunehmen, und erst dann, wenn alle diese Mafsnahmen ohne Erfolg bleiben, die Diagnose Lues in Betracht zu ziehen. Versäumt wird mit einer derartigen exspektativen Therapie gar nichts, und unter Umständen bewahrt man einen Patienten vor der ungeheuren psychischen Depression, die begreiflicherweise die Menschen bei der Diagnose Lues zu ergreifen pflegt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Leukoplasie bei sekundärer Syphilis, von Douglas W. Montgomery. (*Med News.* Juni 1903.) Leukoplasie kommt im sekundären Stadium der Syphilis selten vor, und M. beschreibt dahin eingehend einen solchen Fall, wo ein 37jähriger Mann aufser lentikolopapulösen Eruptionen an Rücken, Brust und Bauch ausgedehnte Papeln am Zungenrücken und an der Wangenschleimhaut hatte. Die Zunge war zuweilen aufserordentlich schmerzhaft; die Papeln verschwanden allmählich, und es stellten sich an deren Stelle überall die weifsen Flecke ein (ungefähr ein Jahr und acht Monate nach dem Primäraffekt). Differentialdiagnostisch hebt M. aufser den primären Schleimhautplaques, aus welchen die Leukoplasie sich zu entwickeln scheint, Lichen planus hervor, bei welchem aber die Epidermis viel mehr verdickt und gleichzeitig Lichen der Hautoberfläche vorhanden ist. Therapeutisch soll Hg viel wirksamer sein wie Jodkalium, und zwar zieht M. die intramuskuläre Injektion löslicher Salze — Sublimat brachte den vorliegenden Fall zur Heilung — allen anderen Mitteln vor. Lokal wurde die Zunge mit einer 10%igen Chromsäurelösung behandelt, während einige hartnäckige Schleimhautplaques mit einer 5%igen alkoholischen Sublimatlösung geheilt wurden, obwohl M. der Ansicht ist, dafs sowohl scharf ätzende Mittel wie intensive Quecksilberbehandlung, welche die Schleimhäute so sehr reizt, zu den Ursachen den Leukoplasie gehören. *Stern-München.*

Über erweichte Bubonen der Frühlues, von Max Marcuse-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 26.) Dafs rein syphilitisch erkrankte, durch kein anderweitiges Virus und keine sonstige nachweisbare Schädlichkeit beeinflufste Lymphdrüsen im Verlaufe der Frühlues zur Erweichung kommen, gilt als ein recht seltenes Vorkommnis. Und doch ist nach den Erfahrungen M.s die Zahl dieser frühsyphilitischen, den tertiären Lymphdrüsengummen gleichwertigen Lymphadenopathien durchaus nicht sehr klein; M. selbst ist in der Lage, über 21 einwandfreie Fälle berichten zu können. In 17 dieser 21 Fälle handelte es sich um einen Bubo inguinalis (darunter fünfmal um einen doppelseitigen), in drei Fällen um einen Bubo femoralis, in einem Falle um einen Bubo cervicalis. Die Erweichung beginnt stets im Zentrum der Drüsenschwellung, auf der Höhe der Prominenz, dicht unter der Haut und schreitet peripherwärts fort immer von dem noch derben adenitischen und periadenitischen Gewebe wie von einem Ringe scharf begrenzt. Fluktuation fühlt man nicht, der Erweichungsherd hat im Anfang polsterartige, gummiballähnliche, in späteren Stadien schwammige Konsistenz. Primäre akute Entzündungserscheinungen fehlen vollständig; sekundär stellen sich manchmal leichte Rötung und Druckempfindlichkeit ein. Das erweichte Gewebe, von dem sich mit der Spritze nur schwer etwas aufsaugen läfst, stellt eine nicht eitrige, rosagelbe, fadenziehende, fast schleimige Flüssigkeit dar, die fast ausschliefslich aus zelligem Detritus besteht, nur sehr wenig Eiterkörperchen und gar keine Bakterien enthält. Unter rechtzeitig eingeleiteter Behandlung, bestehend in Bettruhe, Verabreichung von Quecksilber und Jodkalium und lokaler Applikation von Hg-Pflaster, werden die erweichten Partien resorbiert, der Tumor selbst verschwindet allmählich. — Das Vorkommen der gummösen Erweichung syphilitischer Bubonen während der Frühperiode der Lues ist ein neuer Beweis dafür, dafs die alte Unterscheidung eines sekundären und eines tertiären Syphilisstadiums wissenschaftlich unhaltbar ist.

Götz-München.

Lues — Arteriosklerose, von Alban Köhler. (*Fortschr. f. Röntgen.* 1903. Heft 6.) Als das Typische in den Röntgenbefunden luetisch affizierter Knochen wird hingestellt: Mäfsige Krümmungen und leichte Knickungen der Knochen im ganzen, ossifizierende und rarifizierende Periostitis gleichzeitig nebeneinander, Hyperostose, Sklerose, Osteoporose und Rarefikation an ein und demselben Knochen. K. beschreibt drei Fälle und gibt die Radiogramme dazu, die mehr oder weniger diese diagnostischen

Merkmale zeigen, und ebenso einen vierten Fall, bei dem es nicht klar ist, ob tatsächlich Lues besteht, oder ob es sich nur um eine Arteriosklerose ohne Lues handelt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Kasuistik der Herzsyphilis, von Woltke. (*Med. Obosrenje.* 1903. S. 223.) Verfasser berichtet über folgenden seltenen Fall: In das alte Katharinenhospital zu Moskau trat ein 36jähriger Mann ein mit Klagen über Atemnot, Husten und Schwäche. Vor zehn Jahren hatte er Lues gehabt, welche vier Jahre lang mit Einreibungen und Jodkalium behandelt worden war. Abusus spirituosorum. Die Untersuchung ergab reine, aber dumpfe Herztöne, schwachen und verlangsamten Puls (48 Pulsschläge), geringe Vergrößerung des Herzens. Über den oberen Lungenlappen waren trockene, über den unteren krepitierende Rasselgeräusche hörbar. Die Leber ist vergrößert. Zwei Tage nach Aufnahme des Patienten starb derselbe in einem Anfall von Atemnot. Die Sektion ergab folgendes: In den unteren Partien beider Lungen finden sich Gummata, welche teilweise im Vernarben begriffen sind. Muskatnußleber. Milz und Nieren sind cyanotisch und verdickt. An der inneren Fläche des linken Ventrikels findet sich eine 6 cm lange und 1½ cm breite, bindegewebige Narbe mit einem käsig zerfallenen Knoten von 1 cm Querdurchmesser im Zentrum. Die ganze obere Hälfte des Septum ventriculosum wird durch eine zweite Narbe eingenommen, welche das Septum völlig durchdringt. Im rechten Ventrikel ist ein Zipfel der Tricuspidalis bedeutend verkürzt und an seiner Basis mit dem Narbengewebe verlötet. Die Aorta ist atheromatös verändert.

Die mikroskopische Untersuchung des Gumma im linken Ventrikel ergab im Zentrum homogenen, amorphen Zerfall, welcher umgeben wird von Granulationsgewebe, das reich ist an runden, spindelförmigen und epitheloiden Zellen.

Arth. Jordan-Moskau.

Zur Kasuistik der Syphilis der Lungen und der Pleura, von Halpern. (*Med. Obosrenje.* 1903. S. 256.) Bei einem 27jährigen Mann kam es drei Jahre nach überstandener Lues zu folgenden objektiven Erscheinungen: Dämpfung über der ganzen linken Lunge, gedämpfter, aber vesikulärer Atmung bei fehlenden Rasselgeräuschen, außer pleuritischem Reibegeräusch. Stimmfremitus unverändert. Subjektiv bestand quälender Husten. Die Temperatur war erhöht und schwankte morgens zwischen 37,5 und 38,0, abends zwischen 38.5 und 39,0 Grad. Die Diagnose wurde auf Grund der Anamnese und der Inkongruenz des objektiven Befundes mit den subjektiven Erscheinungen auf Lues gestellt und durch den Erfolg der spezifischen Kur glänzend bestätigt.

Arth. Jordan-Moskau.

Zur Kasuistik der Visceralsyphilis, von H. Quincke-Kiel. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1903. Bd. 1.) Quincke gibt einige kasuistische Mitteilungen als Beitrag zur Mannigfaltigkeit der Bilder, welche die viscerale Syphilis darbieten kann, und zwar: 1. Stauungsdilatation des Magens durch Mesenterialgumma, wo eine Besserung durch spezifische Behandlung erreicht wurde. 2. Gummöse Retroperitonealgeschwülste und atrophisierende interstitielle Hepatitis. 3. Gummöse Schwielen am Ductus cystidis felleae und Pankreaskopf. Kolikanfälle. Die Heilung erfolgte durch Jodbehandlung. 4. Kompression von Gallengang und Pfortader durch gummöse Wucherungen, wo ebenfalls Heilung erfolgte. 5. Drei Fälle von Aneurysma resp. Herzfehlern. 6. Drei Fälle von Hirnsyphilis. Die Fälle bieten manches Anregende.

Bernhard Schulze Kiel.

Syphilis der Trachea und Bronchi, eine Analyse von 128 in der Literatur verzeichneten Fällen nebst einem Bericht über einen Fall von syphilitischer Stenose der Bronchi, von L. A. Connor-New York. (*Amer. Journ. Med. Science.* Juli 1903.) Der Fall, welcher zu dieser recht ausführlichen Arbeit Veranlassung gab, betraf eine

30jährige Dienerin. Dieselbe war 14 Tage vor der Aufnahme im Krankenhause mit Husten, Dyspnoe, Auswurf und Fieber erkrankt. Die Atemnot war im wesentlichen inspiratorischer Art und deutete auf eine Verlegung der gröfseren Luftwege, so dafs ein Aneurysma oder Neoplasma im Brustraum sehr wahrscheinlich erschien. Am fünften Tage der Anwesenheit im Hospital trat ein suffokatorischer Paroxysmus ein; als derselbe sich wiederholte, trat ziemlich plötzlich akute Herzschwäche ein, und die Kranke ging sehr rasch zugrunde. Für Syphilis hatte weder die Anamnese noch die objektive Untersuchung irgend einen bestimmten Anhaltspunkt ergeben. Bei der Autopsie fand man die Lunge im allgemeinen emphysematös gebläht mit je einem ziemlich erheblichen Verdichtungsgebiete auf jeder Seite. Die Trachea zeigte überall eine gleichmäfsige geringe Verdickung ihrer Wandung. Kurz unterhalb der Bifurkation ist die Bronchialwand auf der linken Seite so erheblich verdickt, dafs das Lumen nur $2^1/_2$ mm mifst. Diese Veränderung hat eine Ausdehnung von 1 cm Länge; gleich dahinter erweitert sich das Lumen auf 13 mm. Eine ganz ähnliche Verdickung findet sich rechts an dem zum unteren und mittleren Lappen führenden Bronchialaste. Milz stark amyloid entartet, Leber und Nieren auch, aber weniger. Ausgedehnte Arteriosklerose an der Intima der Aorta, einzelne Stellen auch an den Koronararterien. Die mikroskopische Untersuchung der Bronchien ergab an den verdickten Stellen ein fibröses Bindegewebe anstatt der normalen Wandung, ohne irgend welche Spuren von Muskeln oder elastischem Gewebe. Die Schleimdrüsen sind total verschwunden, und von den Knorpelringen sind nur einzelne kleine Fragmente anzutreffen. Das normale Epithel ist durch ein dem Pflasterepithel sich näherndes ersetzt. Betreffs der weiteren Einzelheiten, sowie der lehrreichen Ergebnisse der Literaturbesprechung mufs auf das Original verwiesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Splenomegalie bei der erworbenen Syphilis, von Sobrentino. (*Giorn. intern. delle scienze med.* 1903. Nr. 12.) Die Untersuchung einer Reihe von Syphilitikern in den verschiedenen Perioden hat ergeben, dafs die Milz in der grofsen Mehrzahl der Fälle während der primären Periode der Infektion in normalen Grenzen verbleibt. Die Vergröfserung der Milz wird vielmehr erst klinisch nachweisbar in den letzten Tagen der zweiten Inkubationsperiode, oder wenn die ersten Prodromalerscheinungen aufzutreten beginnen (Lymphdrüsenschwellung, Hauteruption). Das Auftreten des Milztumors bedeutet eine allgemeine Infektion des Organismus und ist in diesem Sinne gleichbedeutend mit der Lymphdrüsenschwellung. In den ersten Monaten der Sekundärperiode ist sie sozusagen eine konstante Erscheinung und kann dann als ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel dienen, wenn nämlich keine andern spezifischen Symptome nachweisbar sind als allenfalls die Lymphdrüsenschwellung. Die Frequenz des Milztumors nimmt mit der Dauer der Infektion und unter dem Einflusse der spezifischen Behandlung ab. *C. Müller-Genf.*

Die Nierensyphilis, von Alfred Terrien. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 39.) Syphilitische Nephritis kommt sowohl als Früh- wie als Spätsymptom der Lues vor. Die als Frühsymptom auftretende syphilitische Nephritis stellt sich ganz plötzlich während der Entwicklung des Primäraffektes, noch vor dem Erscheinen der Roseola oder anderer Sekundärsymptome ein; ihr Verlauf ist ausgezeichnet durch periodisch auftretende Besserungen und Verschlimmerungen. In den meisten Fällen wirkt eine vorsichtige Hg-Behandlung sehr prompt und sehr gut; doch soll man stets mit kleinen Dosen beginnen und ganz allmählich steigen, um so die Funktionsfähigkeit der Nieren festzustellen. In vereinzelten Fällen bleibt die Quecksilberbehandlung erfolglos; es sind das die ganz akuten Fälle, in denen die Nierenepithelien sehr rasch vollständig zugrunde gehen, so dafs die syphilitischen Toxine und die Quecksilberverbindungen nicht mehr ausgeschieden werden können.

Bei der Spätsyphilis der Niere handelt es sich entweder um eine interstitielle Nephritis, oder um Bildung von Gummen. Die klinischen Erscheinungen unterscheiden sich in nichts von den Symptomen einer gewöhnlichen Nierensklerose; sie stellen sich entweder ganz allmählich und schleichend ein, oder sie treten plötzlich infolge einer Erkältung oder dergl. mit grofser Heftigkeit in Erscheinung. Bei den langsam und allmählich sich entwickelnden Fällen bewirkt eine Quecksilber-Jodkaliumkur neben strenger Milchdiät oft überraschend schnell Heilung. Die Fälle, bei denen die Erscheinungen plötzlich sich einstellen, haben eine viel ernstere Prognose; sie führen manchmal sehr rasch zum Tode. *Göts-München.*

Über Nierenentzündung im Frühstadium der Syphilis und deren Behandlung, von Ernst Schlechtendahl. (*Wien. klin. Rundsch.* 1903. Nr. 32.) Die luetische Nephritis im Frühstadium ist noch nicht ganz sichergestellt. Nach Welander ist das Vorkommen einer solchen sehr zweifelhaft. Verfasser beobachtete einen Herrn, bei dem sich einige Wochen nach Feststellung eines Ulcus durum, noch bevor sonstige Sekundärerscheinungen aufgetreten waren, sich unter Kopfschmerzen, Mattigkeit eine Albuminuria mit spärlichen roten Blutkörperchen, Zylindern, Leukozyten und Nierenepithelien einstellte. Der Harn war im Beginne des Leidens vollkommen normal gewesen. Diese Nephritis heilte, ebenso wie die während der Behandlung auftretenden Syphiliserscheinungen, unter Quecksilberbehandlung. — Die bei Hg-Kuren sich oft einstellende Zylindrurie und spärliche Albuminurie ist nicht dem Hg, sondern der Syphilis zur Last zu legen. Das Hg ruft keine Nierenreizung bei vorher gesunden Nieren hervor. Ist aber die Niere durch die Syphilis geschädigt, was sich klinisch nicht bemerkbar macht, dann bewirkt Hg eine Abstofsung der alterierten Epithelien, teilt also diese Nierenreizung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Retinitis albuminurica bei Syphilis, von C. Zimmermann-Milwaukee. (*Arch. of Ophthalm.* 1902. Nr. 5.) Die Affektion fand sich bei einem 30jährigen Mann, der fünf Jahre vorher Lues akquiriert hatte, und ging, in gleichem Schritt mit dem Albumengehalt des Urins, unter energischer Merkurialbehandlung zurück. Acht Jahre später ist der Patient an Herzmuskeldegeneration (wahrscheinlich syphilitischer Natur) mit sekundären Odemen und Albuminurie zugrunde gegangen. Dafür, dafs wirklich eine syphilitische Retinitis vorgelegen, spricht nach Verfasser vor allem die prompte Wirkung der spezifischen Therapie und sodann der Verlauf; bei Bestehen einer genuinen Nephritis (mit sekundärer Retinitis) würde Patient voraussichtlich höchstens zwei Jahre, aber nicht acht Jahre weiter gelebt haben.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Klinischer und anatomischer Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Tumoren des Ziliarkörpers, von Frugiuele. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1903. Nr. 9.) Die Prognose dieser Fälle ist nach den Untersuchungen des Verfassers eine schwere, indem von 58 Patienten 43 vollständig erblindeten, 15 wieder einen gewissen Grad von Sehschärfe zurückerlangten. Bei den letzteren handelte es sich einmal um ein heredo-syphilitisches Gumma, elfmal um Papeln und zweimal um gummöse Spätformen. Der Tumor kann ganz klein, und genau auf das Corpus ciliare beschränkt bleiben; oder die Geschwulst entwickelt sich ausschliefslich nach dem Innern des Auges zu, wo sie wie als mehr oder weniger umschriebene Masse in den Glaskörper hineinragt; oder sie wächst nach der hintern und vordern Augenkammer. In den meisten Fällen bahnt sie sich ihren Weg nach der Sclerotica zu, welche dann eine oder mehrere staphylomatöse Wucherungen in der Umgebung der Cornea in der Gegend des Ziliarkörpers bildet. Das gewöhnlichste Vorkommnis ist das gleichzeitige Vordringen des Tumors nach mehreren dieser Richtungen hin. Die Behandlung mufs sowohl eine allgemeine (subkutane Sublimat-, oder in schwereren Fällen intramuskuläre

Kalomel-, eventuell endovenöse Quecksilbercyanidinjektionen), als eine lokale sein (feuchtwarme Umschläge, Mydriatica, besonders Skopolamin, Kalomelinjektionen in die Schläfengegend). *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von syphilitischer Epiphysitis, von W. L. Johnson-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Mai 1903.) Der Fall betraf einen mit Enteritis behafteten Knaben, bei welchem 24 Tage nach der Geburt Schwellung des Fufsgelenkes, geringe Rötung und Schmerzempfindlichkeit konstatiert wurde und man viel eher an eine Entzündung der Epiphyse der langen Röhrenknochen als an eine solche des Gelenkes dachte. Acht Tage später stellte sich Coryza, ein und man begann mit Hg-Einreibungen (0,6 g pro Tag, halb mit Vaselin vermischt) bei dem kleinen Patienten. Es traten am Gelenke keine weiteren Entzündungserscheinungen mehr auf, und die Schwellung ging unter Fortsetzung der Hg-Kur allmählich zurück (auch das Allgemeinbefinden und der Darmkatarrh besserten sich bei entsprechender Diät). *Stern-München.*

Über luetische Rheumatoide, von Gustav Singer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 21.) Fünf Fälle luetischer Arthropathien werden mitgeteilt. Alle gehören Spätstadien an. Vier zeigen den Charakter chronisch-rheumatischer Arthritis resp. Myositis, Osteoperiostitis und Tendovaginitis, während einer als Tumor albus lueticus aufzufassen ist. Die Torpidität und geringe, zur Nacht zunehmende Schmerzhaftigkeit, der meist fieberlose Verlauf, Reaktion auf Hg und Jod sprechen für luetischen Ursprung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen über syphilitisch-rheumatoide Erkrankungen, von G. Singer-Wien. (*Lancet.* 4. Juli 1903.) In diesem beim Kongrefs in Madrid gehaltenen Vortrag führt S. folgendes aus: rheumatoide syphilitische Affektionen zeigen sich meist im Tertiärstadium, können aber auch schon in der exanthematischen Periode auftreten. Verfasser hat in den letzten drei Jahren fünf Fälle beobachtet, von denen vier in der Tertiärzeit auftraten, einmal auch mit Myositis und Osteoperiostitis verbunden. Remittierendes Fieber und Reaktionsfähigkeit auf Jodkalium sind zwar für diesen Zustand nach Bäumler charakteristisch, kommen aber auch sonst vor. Es finden sich dabei Gelenkentzündungen, Schwellung und Verdickung der Kapsel, sowie langdauernde Periostitis ohne erhebliche Schmerzen oder Beeinträchtigung der Funktion. Man denkt an einen syphilitischen Prozefs, wenn sich Exostosen vorfinden, ein Fortschreiten des Leidens auch ohne Fieber, Aborte, Zeichen von hereditärer Syphilis, nächtliche Schmerzen und Fehlen von Herzsymptomen. Allerdings kann die Blennorrhoe sich ähnlich äufsern. Die Behandlung mit Hg und Jodpräparaten gibt sehr gute Resultate. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Polyarthritis syphilitica, von Willaven. (*Russkij Wratsch.* 1903. S. 933.) Verfasser berichtet über den relativ seltenen Fall vielfacher Gelenkerkrankung durch Syphilis. Bei dem 32jährigen Patienten waren affiziert: das linke Humerus-, das linke Akromio-Klavikular-, das linke Talo-krural-, das Metatarsophalangealgelenk der ersten linken grofsen Zehe, und beide Kniegelenke. Das Leiden war längere Zeit als rheumatisch angesehen und vergeblich behandelt worden. Eine antisyphilitische Kur brachte Heilung. Syphilis wurde vom Patienten negiert. Fünf Jahre vor Ausbruch der Polyarthritis gab Patient zu, ein Geschwür am Gliede gehabt zu haben. Eine Hg-Kur soll aber weder damals, noch später vorgenommen sein. Das Geschwür soll allein unter lokaler Behandlung geschwunden sein.

Arth. Jordan-Moskau.

Über tertiäre Syphilis, von Hofrat Neumann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 29.) Die Ursachen der tertiären Syphilis sind nicht ganz klargestellt. Einig ist man nur darin, dafs eine mangelhafte spezifische Behandlung ein wichtiger Faktor für die Tertiärsyphilis ist. Daneben kommen viele andere Faktoren in Betracht: Zu-

nächst geben die Residuen primärer und sekundärer Syphilide Veranlassung dazu. Reizungen der Haut aller Art begünstigen die Entstehung tertiärer Prozesse. Ebenso der Alkoholismus, der auch die häufigste Ursache der Syphilis maligna praecox ist. Funktionelle Anstrengungen, habituelle Reizungen (z. B. des Gehirns) kommen in Betracht. — Fournier betont die Bedeutung des „genius morbi", der Qualität der Infektion. Er stellte fest, dafs schwerer tertiärer Syphilis in 90% der Fälle ein leichtes Primär- und Sekundärstadium vorangegangen ist. Verfasser kann dieses nicht bestätigen. Von den Fällen mit schwerem Primär- und Sekundärstadium wird ein relativ gröfserer Teil von tertiärer Syphilis befallen, als von denen mit benignem Primäraffekt und benigner Sekundärperiode. Deshalb ist es nicht begründet, alle Fälle gleichmäfsig chronisch-intermittierend zu behandeln, wie Fournier es tut. — Die extremen Altersstufen, das zarte wie das hohe Alter begünstigen den Eintritt der Tertiärsyphilis. Bei vorgerücktem Alter treten schon zwei Jahre post infektionem oft schwere Erscheinungen auf. Die Bedeutung der Arteriosklerose wird durch akquirierte Lues erhöht. Von bösem Einfluſs in bezug auf die Tertiärsyphilis ist auch die Tuberkulose, ebenso Diabetes, Morbus Brightii, Skorbut, Malaria, Unterernährung, physische und geistige Anstrengungen, Traumen, Nervosität, psychische Depression.

Der eigentliche Urheber der tertiären Syphilis ist ihr unbekannter Erreger. Die Toxinlehre macht die Sache nicht klarer. Die löslichen und leicht ausscheidbaren Stoffwechselprodukte der Erreger können nicht nur viele Jahre, sondern mehrere Jahrzehnte im Körper bleiben, wenn die Erreger aus demselben entfernt sind. Praktisch ist die Toxinlehre insofern wichtig, als das gegen die Toxine augenscheinlich so wirksame Jod allein genügen müfste, wenn diese allein mitspielten, was aber nicht der Fall ist. Eine weitere praktische Folge der Annahme der Toxinlehre wäre, dafs man nach dieser Tertiärsyphilitischen ohne weiteres die Ehe gestatten könnte. Es ist aber sichergestellt, dafs auch bei tertiären Symptomen Übertragungen vorkommen. Das im Tertiärstadium abgeschwächte Virus hat eben hin und wieder noch die Fähigkeit behalten, zu infizieren. Also das Vorhandensein eines wenn auch abgeschwächten Syphiliserregers im Körper mufs auch für tertiäre Prozesse angenommen werden.

Unter Anführung von Zahlen aus seinem grofsen Material kommt Verfasser zu einer Bekämpfung der chronisch-intermittierenden Behandlung, trotzdem er die Bedeutung einer energischen Behandlung im Sekundärstadium für die Prophylaxe tertiärer Erscheinungen anerkennt. Die Statistik von Raff und v. Marschalkó verwertet er zugunsten seiner Auffassung. Wenn v. Marschalkó unter 319 Fällen tertiärer Syphilis nur zwei Fälle hatte, die drei Kuren durchgemacht hatten, so beweist das nach Verfassers Anschauung, wie klein die Zahl der Fälle ist, die genötigt ist, sich einer dritten Kur zu unterziehen. — Das Maximum der Frequenz der Tertiärlues fällt in das 20. bis 40. Lebensjahr; nach dem 50. Lebensjahr ist der Abfall ein sehr starker. Das Intervall zwischen Infektion und Tertiärsyphilis betrug am häufigsten drei bis fünf Jahre. — Lokalisiert waren die tertiären Erscheinungen besonders an Haut, Rachen, Nase, weiblichen Genitalien und Umgebung. Bei Frauen ist die Haut seltener affiziert als bei Männern. — Die vom Verfasser in Bosnien und Herzegowina gemachten Beobachtungen zeigen auffallend viel sehr destruktive, ulzeröse Prozesse der Haut, welche oft in ausgedehntester Weise zerstört resp. in Narbengewebe verwandelt war. Grofs ist doch auch die Frequenz der gummösen Gaumen- und Nasenaffektionen, wogegen der Rachen seltener beteiligt war. — In den weiteren Ausführungen kommt Verfasser meistens auf schon erörterte Punkte zurück.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Statistik der tertiären Syphilis nebst einer Statistik über extragenitale Primäraffekte, von Emil Webber. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1902. Nr. 33.)

Die statistische Verarbeitung des Jadassohnschen Materials, wie sie früher zum Teil bereits durch Raff erfolgt ist, soll über die Bedeutung der antiluetischen Behandlung, besonders über den Wert der wiederholten Hg-Kuren für die Prophylaxe tertiärer Erscheinungen Auskunft geben. Verfasser verkennt durchaus nicht die der Beweiskraft dieser statistischen, an relativ kleinem Material angestellten Betrachtungen anhaftenden Mängel. Er zieht deshalb seine Schlüsse mit aller Vorsicht. Dieselben sind durchweg der chronisch-intermittierenden Behandlung sehr günstig. Wiederholte Quecksilberkuren wirken dem Auftreten tertiärer Erscheinungen entgegen. Nur mit Jod behandelte tertiäre Erscheinungen rezidivieren häufiger als mit Hg behandelte. Die Hg-Kur mufs deshalb auch bei einmal eingetretener tertiärer Lues eingeleitet werden. — Anhangsweise berichtet Verfasser, dafs unter den Primäraffekten 6,11 % in der Klinik, 5,5 % in der Privatpraxis extragenital waren.

Jeesner-Königsberg i. Pr.

Zur Statistik der tertiären Syphilis. Antikritische Bemerkungen, von J. Jadassohn. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1902. Nr. 39.) Im Anschlufs an die Weberssche Arbeit wendet sich Jadassohn gegen die an der Raffschen Arbeit durch Blaschko geübte Kritik. Er betont zunächst, dafs Raff nur unter allen Kautelen den Satz aufgestellt hat, dafs die mit Hg ausreichend behandelten Patienten in bezug auf tertiäre Erscheinungen günstiger gestellt sind, und dieser Einfluſs sehr wesentlich geringer ist, wenn weniger als zwei Hg-Kuren stattgefunden haben. Die Fournierssche Methode zu begründen, reichte die Statistik allerdings nicht aus, aber im übrigen sind Bemängelungen Blaschkos, die ausführlich besprochen werden, nicht begründet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur Statistik der tertiären Syphilis, von Georg Lissauer. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Verfasser hat das Material der Poliklinik der Herren Dr. Isaac und Pincus in Berlin aus den Jahren 1897—1902 bearbeitet und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Frequenz der tertiären Lues läfst sich nicht mit Sicherheit aus einem beliebig gegebenen Material zahlenmäfsig feststellen. Es ist vielmehr eine Sammelforschung zu diesem Zwecke erforderlich, welche a) die Zahl der Syphilitiker überhaupt festlegt, b) die verschiedenen Lokalisationen der tertiären Syphilis mehr berücksichtigt. 2. Die Frequenz der tertiären Lues nach der Art der Behandlung in der Frühperiode darf nicht aus der gegebenen Zahl der tertiären Fälle, sondern mufs daraus berechnet werden, wieviel von jeder dieser Klassen dem Tertiarismus verfallen. *W. Lehmann-Freiburg i. B.*

Zur Frage der Plazentarsyphilis, von Fritz Hitschmann und Richard Volk. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 28.) Die Plazentarsyphilis ist noch wenig erforscht, Die betreffende Literatur wird wiedergegeben. Die Verfasser haben 22 luetische Plazenten untersucht, von denen nur bei einem die Lues bei Mutter resp. Kind nicht absolut sichergestellt war, und eben soviele Kontrollfälle, in denen Lues auszuschliefsen war. — Das Gewicht der luetischen Placenta ist ein gröfseres, besonders wenn man die relativen Verhältnisse berücksichtigt, da es sich doch stets um sehr schwächliche Früchte handelt. Ein absolut sicheres Merkmal der Lues ist aber dieses Mifsverhältnis zwischen dem Gewichte des Fötus und der Placenta nicht, es macht den Fall aber luesverdächtig. — Die Farbe der luetischen Placenta wird von Fränkel als blafsgelbgrau, von Rosinski als rosarot bezeichnet. Verfasser können derselben auch keine pathognostische Bedeutung beilegen; die Farbe hängt vom Blutgehalte der Placenta ab, deren Eigenfarbe blafs bis gelbgrau ist. Der Blutgehalt der Placenta ist aber stets ein geringer, wenn der Fötalkreislauf einige Zeit erloschen ist, also bei allen Fällen von Absterben der Früchte, mag dieselbe auch aus anderer Ursache erfolgt sein. — Die Decidua serotina ist meistens besser erhalten als in der Norm. Diese

Verdickung der Decidua ist meistens umschrieben; sie ist nur ein Zeichen der Frühgeburt. In Decidua serotina sind häufig Infiltrate verschiedenster Gröfse, vorwiegend aus polynukleären Leukozyten bestehend, zentral mehr oder weniger nekrotisch. Dieselben Infiltrate findet man, wenn auch in anderen Teilen der Placenta, auch ohne Syphilis, besonders bei vorhandener Nephritis. Gummen sind es nicht. — Zottenveränderungen spielen sich im Zottenstroma, in den Gefäfsen, im Epithel ab. Die Zottenkapillaren sind mit Leukozyten strotzend gefüllt. Häufig sind Epithelverluste, die zu Verwachsung benachbarter Zotten führen können. Pathognostisch sind die Zottenveränderungen auch nicht, wenn sie auch bei Syphilis sehr häufig vorkommen. — Das Gesamtergebnis ist, dafs es für Lues allein charakteristische Plazentarsymptome nicht gibt. Auch auf die Frage, ob der materne oder paterne Teil erkrankt ist, ob Syphilis der Mutter oder des Vaters vorliegt, wirft die Untersuchung kein Licht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beiträge zur hereditären Spätsyphilis, von JORDAN-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 31.) J. beobachtete bei einem 22jährigen Offizier, der früher stets gesund gewesen war und jede venerische Infektion mit aller Bestimmtheit und Glaubwürdigkeit negierte, einen doppelseitigen Kniegelenkserguls, der allmählich ohne Trauma entstanden war, nur wenig, in ihrer Intensität stark wechselnde Schmerzen und geringe Funktionsstörung verursachte und viele Monate hindurch jeder Behandlung trotzte. Da genauere Nachforschungen ergaben, dafs der Patient von syphilitischen Eltern abstammte, wurde eine energische Quecksilber-Jodkaliumbehandlung eingeleitet, die in verhältnismäfsig kurzer Zeit vollständige Heilung herbeiführte. Es handelte sich demnach zweifellos um eine auf dem Boden hereditärer Lues entstandene symmetrische Gonitis bei einem jungen Manne, der früher nie Zeichen von Lues dargeboten hatte, also um ein typisches Beispiel von Lues hereditaria tarda im engeren Sinne und gleichzeitig um eine jener seltenen Beobachtungen von hereditärer, durch ein einziges Symptom sich manifestierender Spätlues.

J. beobachtete ferner bei einem fünfjährigen Knaben eine doppelseitige, von den verdickten Gelenkenden ausgehende exsudative Gonitis, die durch lange fortgesetzte antirheumatische Behandlung absolut nicht beeinflufst wurde. Ungefähr $2^1/_2$ Monate nach Beginn der Gelenkaffektion trat eine doppelseitige Keratitis parenchymatosa auf. Die nunmehr eingeleitete energische Quecksilber-Jodkaliumbehandlung brachte die Gelenkerscheinungen sehr rasch vollständig zum Verschwinden. Der nachträglich erhobenen genauen Anamnese zufolge stammte der Knabe von syphilitischen Eltern ab, hatte in den ersten Wochen seines Lebens an Geschwüren auf dem Kopfe gelitten, war aber dann bis zum Auftreten der Gelenkaffektion vollständig gesund gewesen.

Götz-München.

Einige Fragen aus der Lehre von der Vererbung der Syphilis, von DÜRING-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 31.) D. berichtet über die in den dermatologischen Monatsheften bereits ausführlich besprochene Arbeit MATZENAUERS über die Vererbung der Syphilis; er nennt sie eine aufserordentlich anregende, kritische Arbeit von gröfster Bedeutung, kann aber doch den revolutionären Anschauungen und Theorien MATZENAUERS nicht zustimmen. Nach seiner Ansicht hat dieser sich die Sache viel zu leicht gemacht, indem er alle seinen Ansichten entgegenstehenden Beobachtungen einfach für falsch erklärt; doch ist es ihm z. B. nicht gelungen, alle als Ausnahmen vom COLLESschen Gesetz mitgeteilten Fälle zu entwerten. Die Erklärung, die MATZENAUER für die Tatsache gibt, dafs zahlreiche Mütter syphilitischer Kinder dauernd frei von Syphilissymptomen bleiben, genügt sicherlich nicht, wenn auch die alten Erklärungsversuche vielleicht hinfällig sind. D. scheint es, als käme unter besonderen, vorläufig noch nicht bekannten Bedingungen eine Syphilisinfektion vor, die

sich mehr in interstitiellen Entzündungen innerer Organe als in den uns geläufigen, dem Auge oder der Palpation zugänglichen Erkrankungen äufsert; natürlich kann sich diese larvierte Syphilis gelegentlich auch einmal auf der Haut oder im Knochensystem äufsern. Beweisend dafür scheinen die Beobachtungen Hellers zu sein, denen zufolge sich bei anscheinend nicht syphilitischen, an interkurrenten Krankheiten verstorbenen Kindern interstitielle chronische Entzündungen innerer Organe finden, die symptomlos verlaufen sind und als latente spezifische Erkrangungen aufgefafst werden müssen. Eine solche larvierte Syphilis, die ja gar keine Symptome zu machen braucht, könnte man als Ursache der Syphilis hereditaria tarda, des Tertiarismus d'emblée, aber auch der anscheinenden Gesundheit der Mütter ex patre syphilitischer Kinder annehmen. Jedenfalls aber mufs, wenn wir bei der Annahme einer spermatischen Infektion beharren, neben der Möglichkeit einer Immunisierung der Mutter durch ihr ex patre syphilitisches Kind auch die Möglichkeit einer Infektion der Mutter durch das Kind zugegeben werden. Entwickelt sich das Virus frühzeitig im Fötus, so wird eine Infektion der Mutter eintreten; entwickelt sich das Virus spät, so wird, wenn die Placenta erkrankt, ebenfalls eine Infektion, wenn dagegen die Placenta gesund bleibt, eine Immunisierung der Mutter stattfinden; diese Immunisierung könnte der oben angedeuteten latenten Infektion entsprechen.

D. betont zum Schlusse ausdrücklich, dafs wir vielleicht mit allen unsern Erklärungen bezüglich der Vererbung der Syphilis auf ganz falschem Wege sind; jedenfalls bedürfen alle einschlägigen Punkte einer neuen eingehenden Prüfung.

Götz-München.

Vererbung der Syphilis und plazentare Übertragung der Variola, von Max Kassowitz. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 33.) Fellner hat eine gröfsere Reihe von Fällen intrauteriner Infektion mit Variola aus der Literatur zusammengestellt. Die Mutter blieb gesund oder zeigte nur ganz leichte Störungen ohne Blatterneffloreszenzen, während die Frucht mit Variolapusteln geboren wurde oder wenige Tage nach der Geburt an Variola erkrankte. Fellner will diese Beobachtung für die Lehre von der germinativen Übertragung der Syphilis verwerten. Kassowitz zeigt, dafs das nicht berechtigt ist. Diese plazentare Übertragung der Variola hat mit der Immunisierung der symptomlosen Mutter hereditärluetischer Früchte (Collessches Gesetz) nichts zu tun. Hier werden die Mütter durch die luetische Frucht immunisiert, dort sind die Mütter vor der Infektion des Kindes immun. Das Collessche Gesetz steht für den Verfasser fest: 1. weil eine Frau, bei der trotz genauer Beobachtung niemals Zeichen von Syphilis gefunden sind, syphilitische Kinder von einem mit älterer Syphilis behafteten Manne gebären kann; 2. weil die Intensität der Syphilis der Früchte in solchen Fällen nicht einer verborgen gebliebenen, rezenten Infektion der Mutter, sondern der abgeschwächten Krankheit des Vaters entspricht; 3. weil nach ausgiebiger, merkurieller Behandlung des Vaters allein oft auf schwer affizierte Früchte gesunde folgen, und zwar zu einer Zeit, wo die nicht behandelte, vor kurzem infizierte Mutter, sicher schwer affizierte Früchte geboren hätte; 4. weil ähnliches beobachtet wurde, wenn in zweiter Ehe an Stelle des syphilitischen ein gesunder Gatte getreten ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Häufigkeit von Gelenkerkrankungen bei Hereditärsyphilitischen, von Hippem-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 31.) Hereditärluetische Gelenkaffektionen sind nach den Erfahrungen H.s durchaus nicht selten; sie kommen namentlich bei solchen Kindern häufig vor, die späterhin auch an Keratitis parenchymatosa erkranken, d. h. also bei solchen Hereditärsyphilitischen, die im ersten Lebensjahre keine energische antiluetische Behandlung durchgemacht haben. H. selbst hat bei 77 Kranken mit hereditärluetischer Keratitis parenchymatosa 43 mal, also in 56%

der Fälle, syphilitische Gelenkerkrankungen beobachtet bezw. durch die Anamnese festgestellt. In der überwiegenden Mehrzahl dieser Gelenkerkrankungen handelte es sich um einen doppelseitigen serösen oder serofibrinösen Kniegelenkerguſs; die Affektion ist dadurch charakterisiert, daſs sie wenig oder gar kein Fieber macht, auffallend geringe Funktionsstörungen und nur wenig Schmerzen verursacht und nach längerer Dauer meist spontan ausheilt, ohne bleibende Veränderungen zu hinterlassen. Der Gebrauch von Jodkalium beeinfluſst die Affektion in der günstigsten Weise. Die hereditärluetische Gelenkerkrankung geht dem Auftreten der Keratitis parenchymatosa fast immer voraus; sie tritt am häufigsten im Alter von sechs bis zehn Jahren auf, kommt aber auch im zweiten Dezennium durchaus nicht selten zur Beobachtung.

Da die geschilderten Gelenkerkrankungen bei hereditärer Syphilis wesentlich häufiger vorkommen als z. B. Hutchinsonsche Zähne oder Labyrinthtaubheit, so empfiehlt H., bei jedem auf hereditäre Lues verdächtigen Falle nach vorausgegangenen Gelenkaffektionen zu forschen; ein positives Ergebnis macht die Diagnose der Lues um vieles wahrscheinlicher. *Göts-München.*

Syphilis als eine Ursache von Chorea, von L. H. Mettler-Chicago. (*Amer. Journ. Med. Science.* Sept. 1903.) Wie durch eine eingehende Berücksichtigung der internationalen Literatur sich dem Verfasser ergeben hat, ist Syphilis nur sehr selten als Grundleiden bei Chorea beobachtet worden. Es erklärt sich dies wohl schon dadurch, daſs in dem jugendlichen Alter, in welchem Chorea überhaupt auftritt, syphilitische Hirnaffektionen zu den Seltenheiten gehören. Immerhin ist es bei einem gegebenen Falle von Veitstanz ratsam, an die Möglichkeit einer syphilitischen Infektion zu denken. Bei dem von M. mitgeteilten Falle, einem 11jährigen Knaben mit unzweifelhafter hereditärsyphilitischer Belastung, hatten die Zuckungen trotz ausgiebigster Behandlung schon zehn Monate lang angehalten, verschwanden aber in drei bis vier Wochen prompt auf Darreichung von Jodkalium. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pathogenese und Prognose der Tabes. Antisyphilitische Behandlung. Mechanische Behandlung der visceralen Störungen der Tabiker. Mechanische Behandlung der spastischen Paraplegien, von Maurice Faure. (*Thérap. physique.* 1903. Nr. 17.) Wenn auch die Mehrzahl der Tabiker syphilitisch ist, so ist doch die Lues nicht die alleinige und ausschlaggebende Ursache der Tabes; vielmehr stellen sich die tabischen Erscheinungen oft erst infolge anderweitiger Infektionen oder Intoxikationen oder körperlicher oder geistiger Überanstrengung ein. — In 60% aller Fälle steht die Tabes nach dem Auftreten der ersten Symptome spontan still, während sie sich in 30% der Fälle langsam, aber unaufhaltsam weiter entwickelt. 5% der Fälle heilen vollständig aus, in den letzten 5% verläuft die Tabes innerhalb weniger Monate unter Fieber und infektiösen Erscheinungen ad exitum.

Die antisyphilitische Behandlung der Tabes ergibt in den meisten Fällen keinen wesentlichen Erfolg; sie führt sogar häufig zu Verschlimmerungen. Da sie jedoch in vereinzelten Fällen gut zu wirken scheint, so kann man immerhin einen vorsichtigen Versuch mit derselben machen; jedenfalls aber ist die neuerdings empfohlene Anwendung sehr groſser Hg-Dosen ungerechtfertigt. — Die visceralen Störungen der Tabiker, die Larynxkrisen, Störungen der Respiration und Digestion der Harn- und Kotentleerung können, da sie durch Koordinationsstörungen in den Muskeln bedingt sind, durch methodische Übungen der betreffenden Muskeln gebessert und selbst beseitigt werden. Auch die spastischen Paraplegien der unteren Extremitäten können durch mechanische Behandlung (passive, dann aktive Bewegungen, Massage und Elektrisierung) bedeutend gebessert werden, doch darf in diesen Fällen die Behandlung nicht begonnen werden, solange die Affektion noch in der Entwicklung begriffen ist.
Göts-München.

Andere Ursachen für Paralyse als Syphilis, von Preston Sights-Paducah, Ky. (*Med. News.* 23. Aug. 1903.) Verfasser kommt zu dem Schlusse, dafs Syphilis in einem grofsen Prozentsatz der Fälle von Paralyse vorhanden und sicher ein wichtiger Faktor ist, bei einem sensiblen, hereditär belasteten Individuum das Gleichgewicht der Seele zu stören. Die direkte Ursache der Geisteskrankheit ist aber nicht die Syphilis, sondern das überanstrengte Gehirn, welches in einem ständigen Zustand von Hyperämie sich befindet; Schlaf- und Appetitlosigkeit treten auf und schliefslich die Parese, ebenso wie irgend ein anderer psychischer Affekt diese Krankheit bei einem prädisponierten Individuum hervorrufen kann. Die vorherrschende Ursache der Paralyse ist nach S. ein überarbeitetes Gehirn, wobei die geistige Energie ohne Nachlafs zentralisiert wird, sei es, dafs es sich um finanzielle Sorgen, um Syphilis oder die Konzentrierung der Geisteskräfte bei irgend einem andern schweren Lebensschlag handelt.

Stern-München.

Über syphilitische spastische Paraplegie, von Pierre Marie. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1903. Nr. 9.) Die spastische Paraplegie gehört zu den häufigsten luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Die anfängliche Lähmung der oberen und unteren Extremitäten geht gewöhnlich in bezug auf die oberen bald ganz oder zum gröfsten Teil zurück; es bleibt aber die spastische Paraplegie der unteren. Der Kranke geht mit gestreckten Beinen und balanciert; das Schliefsen der Augen verschlimmert das Leiden nicht. Die Reflexe sind gesteigert. Die Extension der Beine geht gut, nicht die Flexion. Alle Beuger sind gröfstenteils gelähmt. Die Adduktoren der Oberschenkel sind auch paretisch. Der Spasmus und die Parese zusammen bedingen den schlechten Gang. Es besteht Harn- und Stuhldrang, nicht Inkontinenz. Zuweilen besteht Retention durch Sphinkterenstörung. Die Potenz ist geschwächt. Die Hautsensibilität ist normal. Zuweilen findet man Herabsetzung des Pupillarreflexes, Diplopie. Spastisches Lachen und Weinen sind bemerkenswerte Symptome. — Diese Affektion tritt drei bis sechs Jahre nach der Infektion auf, nicht später, wie die Tabes. Es sind meist jüngere Individuen. Die initiale Syphilis war gewöhnlich eine sehr gutartige und sehr wenig behandelte. Der Beginn des Leidens ist bald ein ganz akuter, apoplektiformer, bald ein mehr schleichender. — Der anatomische Befund zeigt entweder eine Art Herd von transversaler Myelitis oder mehr oder weniger zahlreiche Plaques, ähnlich denen bei multipler Sklerose. Die sklerotischen Stellen sitzen hauptsächlich in der Nähe der venösen Gefäfse. Sekundär können Degenerationen eintreten, die systematisch angeordnet sind. Besonders hervorzuheben ist die Beteiligung der Zellen der Clarkeschen Säulen. Auffallend ist eine Reduktion des Rückenmarkvolumens. — Eine wesentliche Besserung tritt meistens nicht ein, das Leiden kann 15—25 Jahre fortbestehen. — Quecksilber bessert das Leiden nicht, ruft sogar manchmal Verschlimmerungen hervor. In kleinen Dosen und in kurzen Zwischenräumen kann man aber doch Hg und Jod geben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die letale Behandlung der Syphilis und speziell über den therapeutischen Wert des Quecksilbers als lokales Antisyphilitikum, von H. Köbner-Berlin-Charlottenburg. (*Bultetin général de Therapeutique.* 1903. Nr. 11.) Hallopeau hat in einem Vortrag, den er auf dem internationalen medizinischen Kongrefs zu Madrid gehalten und unter dem Titel: „Betrachtungen über die lokale Behandlung der infektiösen Krankheiten und speziell der Syphilis" veröffentlicht hat, die Forderung aufgestellt, dafs bei jeder syphilitischen Manifestation neben der spezifischen Allgemeinbehandlung auch, wenn es auf irgend eine Weise möglich ist, lokal, d. h. am Orte der Läsion, Quecksilber appliziert, unter Umständen, z. B. wenn Sequester vorhanden sind, auch chirurgisch eingegriffen wird. Alles, was Hallopeau hier verlangt, und mehr noch als das, hat K. bereits in seinem 1864 erschienenen Buche: „Klinische

und experimentelle Mitteilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie" und namentlich in seinem 1884 auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Magdeburg gehaltenen Vortrag: „Über therapeutische Verwertung der lokalen antisyphilitischen Wirkung des Quecksilbers" aufs dringendste empfohlen. Er hat in dem genannten Buche die merkurielle wie die chirurgische örtliche Behandlung aller syphilitischen Erscheinungen, sei es zur Unterstützung der Allgemeinbehandlung, wie auch in gewissen Fällen, als alleinige Therapie warm befürwortet. Er hat insbesondere darauf hingewiesen, daſs die lokale Quecksilberbehandlung als alleinige Therapie bei solchen Rezidiven genügt, die als Folge äuſserer Ursachen, äuſserer Reize an der Stelle eben abgeheilter luetischer Manifestationen auftreten, z. B. bei rezidivierenden Kondylomen am After unreinlicher Personen oder an den Lippen oder Gaumenbögen von Rauchern usw. Solche Rezidive beweisen durchaus nicht den Wiederausbruch der konstitutionellen Krankheit, sie sind nur ein Zeichen dafür, daſs die Stellen, an denen Exsudationen erfolgt sind, noch lange loci minoris resistentiae bleiben, deren Reizung zu einer neuen Hyperplasie oder Nekrobiose des Gewebes führen kann; und solche Rezidive erfordern keine Allgemein-, sondern eine Lokalbehandlung. K. hat dann besonders in seinem obengenannten Vortrage einer methodischen Anwendung der Lokalbehandlung in Form epidermischer, endermischer oder hypodermischer Quecksilberapplikation neben der Allgemeinbehandlung eindringlich das Wort geredet. Er hat an einzelnen Beispielen überzeugend dargetan, daſs alle syphilitischen Manifestationen, seien es nun Sklerosen oder Exantheme, Ulcerationen oder Kondylome oder Drüsenschwellungen, viel schneller und vollständiger verschwinden, wenn neben der Allgemeinbehandlung am Orte der Veränderungen Quecksilber auf die Haut appliziert oder in die Haut eingerieben oder unter die Haut eingespritzt wird, als bei ausschlieſslich allgemeiner Quecksilbertherapie, bei der das Medikament fern von den bestehenden Läsionen dem Körper einverleibt wird. — Der Grund, warum K. hier ausführlich auf seine schon so viele Jahre zurückliegenden Veröffentlichungen hinweist, ist, daſs Hallopeau derselben im historischen Teile seines Vortrags keine Erwähnung tut, insbesondere aber, weil K. gleich Hallopeau dringend wünscht, daſs die lokale Behandlung der Syphilis in Zukunft viel mehr und methodischer angewandt wird, als es heute der Fall ist. *Götz-München.*

Die intramuskuläre Behandlung der Syphilis, von F. J. Lambkin. (*Brit. med. Journ.* 30. Mai 1903.) Verfasser verwendet zu intramuskulären Injektionen einen Crême, bestehend aus Quecksilber, Lanolin und Karbolöl, und zwar werden je 15 g Hg und Lanolinum anhydric. miteinander gut verrieben, dann 30 g 2%iges Karbol-Parolein (Burroughs Wellcome) zugesetzt. Fünf bis zehn Tropfen werden wöchentlich einmal injiziert.

Die Vorteile des Crême bestehen darin, daſs die Injektion weniger schmerzhaft und weit wirksamer ist als andere Injektionen. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Behandlung der Syphilis mit subkutanen Hermophenylinjektionen, von Tschlenow. (*Med. Obosrenje.* 1903. S. 187.) Die vom Verfasser an 33 Kranken mit sekundärer und tertiärer Lues angestellten Versuche mit Hermophenyl führten ihn zu folgendem Resultat:

1. Das Hermophenyl beeinfluſst entschieden die kondylomatöse Syphilis.

2. Dieser Einfluſs ist aber unzuverlässig und weit schwächer als derjenige des Sublimats.

3. Die Schmerzhaftigkeit nach den Hermophenylinjektionen und die lokale Vulnerabilität der Gewebe ist bedeutend geringer als beim Sublimat, was mitunter Anlaſs geben kann zum Gebrauch des Hermophenyls.

4. Im allgemeinen kann man aber kaum annehmen, daſs das Hermophenyl eine

gesicherte selbständige Stellung in der Syphilistherapie einnehmen wird, und gar, daſs es das Sublimat verdrängen könnte.

5. Hinsichtlich der Wirkung des Hermophenyls auf die gummöse Syphilis sind unsere Beobachtungen bisher noch zu gering an Zahl, um irgend welche bestimmte Schlüsse in dieser Hinsicht ziehen zu können. *Arth. Jordan-Moskau.*

Meine Resultate der epiduralen Einspritzungen durch Punktion des Sakralkanals bei Syphilis und den funktionellen Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane, von Arthur Strauss-Barmen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 28.) Str., der Übersetzer des Cathelinschen Buches über die epiduralen Injektionen, hat zehn Fälle von Syphilis mit epiduralen Quecksilberinjektionen behandelt, kam aber sehr bald zu der Erkenntnis, daſs diese Art der Hg-Therapie sich für die ambulanten Kranken nicht eignet, da sie eine sehr heftige Reaktion hervorruft. Häufige Nebenerscheinungen der Einspritzungen waren auf der einen Seite gröſsere Frequenz, auf der andern Erschwerung der Miktionen. Die Erfolge, die Str. bei den funktionellen Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane, insbesondere der Enuresis infantilis diurna, erworbener Inkontinenz, krankhaften Pollutionen auf neuropathischer Grundlage, Impotenz und Spermatorrhoe, sexuellen Neurasthenien, mit den epiduralen Injektionen erzielte, waren sehr günstige.

Götz-München.

Heilung eines Syphilids des Gesichts durch Lichttherapie (Eisenlicht), von Breiger-Berlin. (*Berl klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 28.) Es handelt sich um einen Patienten mit schwerer Lues, bei dem trotz jahrelanger sorgfältiger Behandlung kein Dauererfolg erzielt war. Besonders war das Gesicht und vor allem die Nasengegend mit Geschwüren dicht besät. Es gelang Br., ohne jegliche andere Therapie, lediglich durch eine örtliche Applikation von Eisen- resp. Rotlicht auf die Geschwürsflächen und eine Allgemeinbehandlung mit wöchentlich drei blauen Bogenlichtbädern Heilung zu erzielen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Verschiedenes.

Der dermatologische Unterricht in Paris, von L. Brocq. (*Presse méd.* 1903. Nr. 7.) Die Abhandlung gibt einen kurzen, durch Photogramme erläuterten Überblick über die Reihe groſser Dermatologen, welche in Paris unsere Spezialdisziplin von den ersten Anfängen an bis zur heutigen Blüte vertreten haben. Die französische Dermatologie darf man in drei groſse Perioden zerlegen; vom Anfang des 19. Jahrhunderts bis etwa zum Jahre 1868 reicht deren erste und wird durch die von Alibert und Biett begründete alte Schule ausgefüllt, deren Höhepunkt mit Bazin erreicht war. Die zweite Periode datiert von 1868—1880. Sie hat keinen groſsen Namen hervorgebracht. Erst die nachdem beginnende dritte Periode, die auch die zeitgenössischen Forscher umschlieſst, führte wieder auf und über die alte Höhe.

Hopf-Dresden.

Nachdruck ist ohne Genhemigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 38. No. 2. 15. Januar 1904.

Urethritis bei Oxalurie und Phosphaturie. Oxalurie und Phosphaturie als Symptome der Neurasthenie.

Von

Dr. Ernst Delbanco-Hamburg.

Die vorliegende kurze Mitteilung ist veranlafst durch den Vortrag von Albert Freudenberg im Verein für innere Medizin zu Berlin am 4. Mai 1903 (*Dtsch. med. Wochenschr.*, 1903, No. 38, S. 682): Über ammoniakalische Reaktion des Harns bei Phosphaturie, sowie über Phosphaturie und Ammoniurie als Symptome der Neurasthenie. Freudenberg unterscheidet eine reelle oder manifeste Phosphaturie, bei welcher der Urin schon trübe aus der Blase entleert wird, von der latenten Phosphaturie, bei welcher der klar entleerte Urin erst beim Erhitzen sich trübt, aber auch ammoniakalische Reaktion zeigt. Als einen noch geringeren Grad der gleichen Stoffwechselanomalie möchte der Autor die „Ammoniurie“ aufgefafst wissen, bei welcher der klar entleerte und auch beim Erhitzen klar bleibende, saure, sogar hypersaure Urin ammoniakalische Reaktion zeigt. Diese gibt sich in der Bläuung des Lackmuspapieres kund, welches den Dämpfen des zum Kochen erhitzten Urins ausgesetzt wird. Die manifeste Phosphaturie, latente Phosphaturie und Ammoniurie stellen, wie gesagt, verschiedene Grade desselben Zustandes dar, und sie können dementsprechend abwechselnd bei demselben Kranken angetroffen werden, entsprechend seinem Allgemeinzustande, seiner Diät etc. Alle drei finden sich auch gelegentlich bei Gesunden, z. B. als Folge einer alkalischen Diät, von geistigen Überanstrengungen, von alkalischen Medikamenten oder Mineralwässern, ausnahmsweise auch, ohne dafs man eine bestimmte Ursache dafür auffinden kann. Sieht man aber von diesen ausnahmsweisen Fällen ab und begegnet bei demselben Kranken konstant einer der geschilderten Reaktionen — entweder immer derselben oder einer derselben abwechselnd mit der anderen —, auch ohne dafs eine der erwähnten Gelegenheitsursachen vorliegt, so hat man in diesem Befunde ein Zeichen von Neurasthenie, dem eine gewisse diagnostische Bedeutung als ein objektives Symptom dieser Krankheit zukommt.

FREUDENBERG wirft schliefslich die Frage auf, ob ein vermehrter Ammoniakgehalt im Urin vorliegt oder nur eine Zusammensetzung des Urins, bei welcher das Ammoniak leichter entweicht als sonst. Im ersteren Fall, wobei der erhöhte Gehalt an Ammoniak das Primäre und die Präzipitation von Phosphaten und Karbonaten das Sekundäre wäre, würde der Autor es vorziehen, statt der genannten Bezeichnungen für die drei Zustände zu sprechen von a) Ammoniurie mit manifester Phosphaturie, b) Ammoniurie mit latenter Phosphaturie, c) Ammoniurie ohne Phosphaturie. Diese Bezeichnungen wären sicher vorzuziehen, wenn es sich herausstellen sollte, dafs bei den in Frage stehenden Fällen gleichzeitig ein Überschufs von Ammoniak im Blute, also eine Ammoniämie vorhanden wäre, und dafs diese in irgend einer Beziehung zu den neurasthenischen Symptomen steht. FREUDENBERG möchte aber nur Fragen aufwerfen, deren Beantwortung von exakten klinischen und chemischen Untersuchungen abhängt. Die von FREUDENBERG untersuchten Patienten waren Urogenitalneurastheniker. Bei Hysterischen fand der Autor die ammoniakalische Reaktion bislang nicht.

Ich bin zu wenig Chemiker, um zu den theoretischen Ausführungen von FREUDENBERG Stellung nehmen zu dürfen, um zu entscheiden, wie weit eine Ammoniurie im Sinne FREUDENBERGS noch in die Breite des Physiologischen fällt, ob schliefslich „manifeste" Phosphaturie, „latente" Phosphaturie, Ammoniurie die gradweisen Abstufungen einer und derselben Stoffwechselanomalie sind. Ich möchte aber für die ausgesprochenen Fälle von Phosphaturie und Oxalurie, welch letztere FREUDENBERG nicht mit anführt, ganz allgemein die Anschauung als zu Recht bestehend bezeichnen, welche diese Stoffwechselanomalie auf eine Neurasthenie zurückführt. Wohl haben vor FREUDENBERG schon andere, wie letzthin G. KLEMPERER, welchen FREUDENBERG übrigens citiert, wie POSNER in seiner Diagnostik der Harnkrankheiten, andere Ärzte, hervorragende Kliniker und Neurologen — von ihnen noch nachher —, auf den Zusammenhang der Stoffwechselanomalie mit Neurasthenie hingewiesen: es ist aber ein zweifelloses Verdienst FREUDENBERGS, in so präziser Form hierauf die Aufmerksamkeit noch einmal gelenkt zu haben, zumal wo viele Hand- und Lehrbücher der Urologie schnell und nebenbei darüber hinweggehen.

FREUDENBERG hat es schon hervorgehoben: für die symptomatische Bedeutung der Phosphaturie im Sinne der Neurasthenie müssen schwere Allgemeinleiden, wie Diabetes, müssen alkalische Diät, Beeinflussung des Urins durch Medikamente u. a., ausgeschlossen sein. POSNER hat, wie viele andere Autoren, bei Erwähnung der Oxalurie die Verhältnisse berührt, auf welche ich hier zu sprechen kommen möchte. Ohne auf die Frage eingehen zu wollen, ob die Oxalurie auch eine essentielle Krankheit, eine Krankheit sui generis darstellen kann, hebt POSNER hervor, dafs der

mit den Kristallen beladene Urin mitunter einen sehr intensiven Reiz auf Blase und Harnröhre hervorrufen kann, der zu heftigen Beschwerden, Tenesmus etc. führt. In solchen Fällen kann dann neben den Oxalaten der Urin auch weifse, selbst rote Blutkörperchen enthalten, und die Diagnose der ursprünglichen Krankheit dadurch eine recht schwierige werden. — Neben anderen haben FINGER und WOSSIDLO — das Referat ihrer Ausführungen später — auf die Bedeutung der Phosphaturie bei der Diagnose und Behandlung der chronischen gonorrhoischen Urethritis hingewiesen. Ich bin es zufrieden, wenn die Niederschrift meiner eigenen Erfahrungen als eine Ergänzung der Angaben FINGERS, WOSSIDLOS und anderer Autoren auf diese von neuem und mit Nachdruck hinweist.

Oxalurie und Phosphaturie bedingen öfters — durchaus nicht immer — ohne eine gonorrhoische Infektion eine Urethritis, welche in der gewöhnlichen Form nicht die von POSNER geschilderten heftigen Symptome aufweist. Die Patienten klagen über leichten Ausflufs, der oft erst auf ein Pressen der Urethra sich zeigt, oder nur über ein Verklebtsein der Urethralmündung, vor allem aber über ein Brennen beim Urinieren, und über Fädchen im Urin. Die Beobachtungen letzterer sind so typisch für den Gonorophoben und für den Neurastheniker. Was für letzteren aber in der Richtung eines Circulus vitiosus die Urethritis (als die Folge einer Phosphaturie oder einer Oxalurie) bedeutet, leuchtet ohne weiteres ein. Die Angst vor einer geschlechtlichen Ansteckung nach einem Coitus oder mehr noch vor einem Wiederaufleben einer oft weit zurückliegenden Gonorrhoe ohne vorausgegangenen Coitus führt den Patienten zum Arzt, welcher feststellen kann, wie sehr die urethritischen Symptome die neurasthenischen Beschwerden steigern, und wie dann letztere wieder die Phosphaturie als solche fördern.

Auf dem Karlsbader Ärzte- und Naturforscherkongrefs (1902) hatte GALEWSKY in der dermatologischen Sektion seine wertvollen Erfahrungen „Über chronische, nicht gonorrhoische Urethritis“ behandelt. Die von WALSCH in seiner bekannten Arbeit — aufser WALSCH haben WOLF und GOLDBERG über das Krankheitsbild berichtet — für die chronische, nicht gonorrhoische Urethritis aufgeführten Symptome vermochte GALEWSKY durchaus zu bestätigen. Der Symptomenkomplex umfafst: 1. ein langes Inkubationsstadium, 2. einen von Anfang an exquisit chronischen Verlauf; 3. die Geringfügigkeit der objektiven Symptome, 4. den stets negativen Gonokokkenbefund, 5. den langwierigen Verlauf, 6. die daraus resultierende schlechte Prognose. GALEWSKY hob noch für seine Fälle bei den geringen subjektiven und objektiven Beschwerden hervor den geringen schleimig-eitrigen oder schleimigen Ausflufs, das Fehlen von Komplikationen von

seiten der Urethra posterior, das Vorhandensein zahlreicher Fäden, und ab und zu Krimmeln und Brennen. Endoskopisch finden sich eine diffuse Rötung und Schwellung der Schleimhaut, in einem Fall war ein besonderes Befallensein der MORGAGNIschen Lacunen und der LITTRÉschen Drüsen zu konstatieren gewesen. Phosphaturie und Prostatitis konnten in jedem Falle ausgeschlossen werden. (Offizieller Sitzungsbericht.)

Die letztere Bemerkung beweist, dafs urethritische Reizungen bei Phosphaturie einem so guten Beobachter, wie GALEWSKY, nicht unbekannt geblieben sind. Übrigens hat mir GALEWSKY solches noch einmal schriftlich bestätigt. Während des Vortrages war mir die Ausschliefsung der Phosphaturie entgangen. In der Diskussion heifst es laut offiziellen Protokolls: „Herr DELBANCO fragt nach der Reaktion des Urins, ob keine chronische Phosphaturie bezw. keine chronische Kalkausscheidung[1] mit alkalischem Urin in seinen (GALEWSKYS) Fällen vorlag. Urethritische Reizungen bei solchen Stoffwechselstörungen, die gewöhnlich mit sexueller Neurasthenie sich verbinden, sind in Redners Klientel nichts Seltenes."

Meine Karlsbader Bemerkungen beweisen, wie sehr mich der Zusammenhang von Neurasthenie und Phosphaturie bereits vor FREUDENBERGS präziser Mitteilung beschäftigt hat. Übrigens dürften viele Spezialkollegen die gleichen Erfahrungen in der Stille gesammelt haben.

Es ist ein oft sich wiederholendes Bild, welches dem Urologen in der Sprechstunde sich bietet. Fast auf Anhieb ist die Diagnose des Neurasthenikers gegeben. Die Tatsache, dafs der Patient den Urologen aufsucht, erlaubt die speziellere Diagnose, dafs es sich um Neurastheniker mit Klagen in der Urogenitalsphäre handelt. Das ängstliche und hastige, dann wieder zögernde Wesen des Patienten, seine für ihn feststehende Diagnose, dafs ein ernstliches Leiden vorliegen müsse, die unruhige Art, mit der er über seine Leidensgeschichte referiert, lenken den Arzt sofort auf den Verdacht, dafs der Patient seine Beschwerden übertreibt und falsch bewertet. Läfst er dann Urin, so ist durch dessen trübes, grauglänzendes Aussehen, welches von dem eitrigen Urin sich unterscheidet, die Diagnose gegeben. Das hineingehaltene rote Lakmuspapier bläut sich. Essigsäure klärt den beim Kochen noch mehr sich trübenden Urin, bei einem Kalkgehalt unter Aufbrausen. Bei der Oxalurie fliefsen die Kristalle an der Wand des Glases herunter, und auf dem Urin liegt eine stark glitzernde Haut. Das alles gilt für die ausgesprochenen Fälle dieser Stoffwechselanomalien, deren leichtere Grade natürlich weniger schnell sich offenbaren.

---

[1] Unter chronischer Kalkausscheidung verstand ich die dauernde Ausscheidung von Phosphaten bezw. von Oxalaten. Im Sinn hatte ich auch Fälle, bei welchen ich nur Calciumkarbonat im Urin fand. Calciumkarbonat neben Phosphaten ist nach meinen Erfahrungen das gewöhnliche.

Die im Urin schwimmenden Fädchen bestehen oft nur aus Eiterzellen und ebenso finden sich in dem Sediment des zentrifugierten Urins Eiterzellen neben den jeweiligen Kristallen. Der Befund von roten und mehr oder minder entfärbten roten Blutzellen wechselt. Über bakterielle Beimengungen finde ich in meinen Notizen nichts erwähnt. Natürlich muſs eine chronische Gonorrhoe noch ausgeschlossen werden.

Mit Krankengeschichten will ich nicht ermüden. Über eine nicht geringe Erfahrung verfüge ich. Aus meiner Erinnerung schwindet so leicht nicht ein Regierungsassessor, dessen gonorrhoische Infektion eine ganze Zeit zurücklag. Wegen Brennens beim Urinieren, leichten Ausflusses, Harndranges und trüben Urins war er lange an einer chronischen Gonorrhoe behandelt worden. Der hochgradige Neurastheniker litt an einer starken Oxalurie; von einer Gonorrhoe vermochte ich nichts mehr festzustellen. Ebenso lebhaft steht vor mir das Bild eines 30jährigen Kaufmannes, der an einer Urethritis posterior lange von seinem Hausarzt behandelt worden war. Neben trübem Urin jeden Morgen auf Druck geringer Tropfen. Eine „manifeste“ Phosphaturie war die Ursache der lokalen Leiden dieses Neurasthenikers.

Die beiden Fälle bringen mich auf die Therapie. In fast allen Fällen ist mir neben einer tüchtigen Trinkkur das Urotropin von gröſstem Wert gewesen. In der Dosis von 1,5 g pro die macht es den Urin sauer, das Brennen beim Urinieren und die Urethritis schwinden wie mit einem Schlage oder doch wenigstens in kürzester Zeit. Hat hierdurch der Patient Vertrauen zu seinem Arzt gewonnen, was bei den Neurasthenikern ja die Hauptsache ist, so kann die vielgestaltige Therapie der Neurasthenie, die psychische Beeinflussung obenan, Platz greifen. Über diese, welche den Urologen weitab von seiner einseitigen und ermüdenden Gonorrhoebehandlung führt, soll im Kreise meiner Fachgenossen kein weiteres Wort gesprochen werden. Die Grundbedingung aber bleibt bei der Bekämpfung der Oxalurie und Phosphaturie die Besserung der Neurasthenie.

Die von den Autoren, zuletzt von Galewsky, für die chronische, nicht gonorrhoische Urethritis aufgeführten (oben abgedruckten) Symptome bestehen auch fast ohne Einschränkung für die bei der Phosphaturie und Oxalurie zu beobachtenden Urethritiden. Nur das Inkubationsstadium als solches müſste gestrichen werden. Doch sind es bisweilen die nach einem Coitus mit den Gewissensbissen sich steigernden Beschwerden, welche den Patienten zum Arzt führen und letzterem, wenn er die Phosphaturie übersieht, ein Inkubationsstadium für die urethritischen Erscheinungen an die Hand geben. Daſs an diese Stoffwechselstörungen nicht immer gedacht wird, bewies mir die Karlsbader Diskussion, und wenn Galewsky in seinem Schluſswort die Tatsache, daſs so viele Ärzte als an dieser chronischen, nicht gonorrhoischen Urethritis leidend angeführt werden, damit

zu erklären versuchte, daſs die Ärzte überaus vorsichtige und sich genau beobachtende Patienten vorstellen, so möchte ich zu bedenken geben, daſs Ärzte doch kein ganz kleines Kontingent für die Neurastheniker liefern. Die Phosphaturie ein Symptom der Neurasthenie! Die chronische Urethritis eine Folgeerscheinung der Phosphaturie!

Von Phosphaturie und Oxalurie sprechen wir im allgemeinen dann, wenn es sich um auffallende Ausscheidungen von Kalkoxalaten und Phosphatsedimenten handelt. Solche Fälle habe auch ich im Auge. Die genaue Begriffsbestimmung der Diagnose Phosphaturie und Oxalurie verlangt aber die Ausscheidung einer abnorm groſsen Menge von Phosphorsäure oder von Oxalsäure durch den Harn; eine Forderung, welcher nur durch quantitative Analysen Genüge geschehen kann. J. Munk und Senator sprechen daher den namentlich älteren Angaben über Oxalurie den wissenschaftlichen Wert ab, da sie sich nur auf die Anwesenheit eines mehr oder weniger starken Sedimentes von oxalsaurem Kalk im Urin stützen, dessen Ausscheidung aber auch von noch anderen Momenten als von der Menge der Oxalsäure abhängt. Oxalurie in dem strengeren eigentlichen Sinne ist bei Ikterus, Diabetes mellitus und anderen Störungen beobachtet worden. J. Munk und Senator bringen in ihren Arbeiten die Kasuistik. Senator hält es dagegen für fraglich, ob die bei Gicht, Emphysem und anderen Respirationsstörungen, bei Verdauungsstörungen, bei Neurasthenie und Spermatorrhoe beschriebene Oxalurie eine wirkliche Vermehrung der ausgeschiedenen Oxalsäure darstelle, und ob nicht vielmehr hier nur reichlich ausgeschiedene Oxalsedimente vorgelegen haben, „deren häufigeres und stärkeres Auftreten allerdings auch nicht als normal zu betrachten ist“. „Nicht selten sieht man diese Sedimente mit solchen von Harnsäure im Urin abwechseln.“ Ein besonderes Krankheitsbild der „Oxalurie“ hatte Cantani aufgestellt. Eine entsprechende Angabe älterer Autoren war schon von Beneke (1874) bekämpft worden. Psychische Erregungszustände in der milderen Form, psychische Depression in der stärkeren Form, Dyspepsie, progressive Abmagerung, Muskelschwäche, Lendenschmerzen, Komplikationen mit Karbunkeln, Abszessen wurden als Symptome von Cantani aufgezählt. Die Art der zugeführten Nahrung bedingt und beeinfluſst die Menge des zur Ausscheidung gelangenden oxalsauren Kalkes; eine Anhäufung von Oxalsäure im Blut, eine Oxalämie sollte diesem Zustand zugrunde liegen. Die Cantanischen Arbeiten sind vielfachem Widerspruch begegnet. Quantitative Bestimmungen der ausgeschiedenen Oxalsäure wurden übrigens auch vermiſst. J. Munk ist in eine ausführliche Kritik der Cantanischen Oxalurie eingetreten. Senator schlieſst die kurze, ablehnende Betrachtung der Cantanischen Krankheit

mit den Worten: „Ein bestimmtes Krankheitsbild stellt also die Oxalurie nicht dar, doch können dadurch, daſs der Harn ein starkes Oxalatsediment enthält, Beschwerden beim Urinlassen, namentlich Brennen in der Harnröhre, entstehen."

Die Theorien, welche die Oxalurie erklären sollen, übergehen wir wir hier. Die maſsgebenden Autoren erklären sie für völlig unbefriedigend. Eine Behandlung der Oxalurie setzt die Beseitigung der Krankheitszustände voraus, als deren Symptom bezw. in deren Gefolge sie auftritt. Um die durch ein starkes Oxalatsediment hervorgerufenen Harnbeschwerden zu beseitigen, haben sich nach SENATOR alkalische Wässer (Biliner, Vichy, Fachinger etc.) bewährt. Eine streng animalische Diät setzte in einem von HAAS beobachteten Fall die vorher beträchtlich gesteigerte Menge der ausgeschiedenen Oxalsäure herab. — Wir haben für unsere Zwecke als Oxalurie nach dem geläufigen oberflächlichen Sprachgebrauch auch nur die Fälle im Auge, bei welchen eine erheblich gesteigerte Ausscheidung oxalsauren Kalkes im Urin vorliegt. Diese „Oxalurie" fassen wir als ein diagnostisch wichtiges Symptom der Neurasthenie auf.

Von den neueren chemischen Untersuchungen über die Oxalurie sei hier nur G. KLEMPERERS Aufsatzes: „Über Entstehung und Verhütung der oxalsauren Niederschläge im Urin" gedacht. Die Häufigkeit oxalsaurer Nierensteine war der Anlaſs einer gröſseren, im Verein mit TRITSCHLER ausgeführten Untersuchung, deren interessante Ergebnisse in einer vorläufigen Mitteilung fixiert werden. Hier sei nur von ihnen herausgehoben, daſs für die Lösung des oxalsauren Kalkes im Urin neben dem sauren Phosphat als wichtiger Faktor die Magnesia in Frage kommt. Therapeutisch kommt KLEMPERER zu bestimmten Schlüssen.[1]

Wie die Oxalurie, so wird auch die Phosphaturie oft angenommen, ohne daſs quantitativ eine Vermehrung der ausgeschiedenen Phosphorsäure festgelegt worden ist. Die Vermehrung von Phosphatsedimenten — u. a. abhängig von der Reaktion des Urins (bei selbstverständlichem Ausschluſs einer ammoniakalischen Zersetzung des Urins) — unterscheidet RALFE als Phosphaturie von der wirklich vermehrten Phosphorsäure-Ausscheidung, welche er mit TEISSIER als Diabetes phosphaticus bezeichnet. Die Entscheidung, ob die Phosphorsäure-Ausscheidung vermehrt ist, muſs sich auf das Verhältnis der Phosphorsäure zum Stickstoff stützen. Ohne auf die hier in Betracht kommenden chemischen Verhältnisse eingehen zu können, sei nur noch soviel vermerkt, daſs TEISSIER vier klinische Formen seines

---

[1] MINKOWSKIS — bei der Bedeutung dieses Autors — sicherlich sehr wichtiger Vortrag über die Oxalurie in der jüngst gegründeten „Rheinisch-westfälischen Gesellschaft für innere Medizin und Neurologie" ist dem Verfasser noch nicht zu Gesicht gekommen.

Diabetes phosphaticus unterscheidet, welche das gemeinsame Symptom der Polyurie zeigen, im einzelnen durch Beteiligung des Nervensystems, der Lungen, durch einen gleichzeitigen Diabetes, schliefslich durch Albuminurie, Oxalurie und gichtische Symptome charakterisiert sind. SENATOR spricht den klinischen Darlegungen von TEISSIER die Berechtigung ab. Aus der RALFEschen Phosphaturie, der Phosphaturie im landläufigen Sinne, der Phosphaturie in FREUDENBERGS und meinen Fällen, die nur durch das vermehrte Auftreten von Phosphatsedimenten im Urin gekennzeichnet ist, läfst sich auf eine Vermehrung der Menge der ausgeschiedenen Phosphorsäure gar nichts schliefsen. Diese Sedimente stellen nur die an Erden, nicht die an Alkalien gebundene Phosphorsäure dar, sie fallen aus, ohne dafs sie vermehrt sind, nur wenn der Urin nicht sauer reagiert. Alle diese einfachen Tatsachen hat FREUDENBERG, wie aus der Fassung seines Themas hervorgeht, berücksichtigt. Der neue Gesichtspunkt FREUDENBERGS ist die Aufstellung eines Zusammenhanges von Ammoniurie, latenter Phosphaturie, manifester Phosphaturie. Wie schon wiederholt hervorgehoben, bezeichne ich in meinen Notizen als Phosphaturie in erster Linie solche Fälle, bei welchen ein alkalischer, durch Phosphatsedimente getrübter Urin gelassen wird. Diese Fälle — eine ammoniakalische Zersetzung immer ausgeschlossen — sprechen mit gröfster Wahrscheinlichkeit für die Diagnose der Neurasthenie. Mir war aufserdem geläufig, dafs, wenn man solche an Phosphatsedimenten reiche Urine kocht und mit Natronlauge versetzt, ein intensiver Ammoniakgeruch sich entwickelt, indem das Natrium an Stelle des NH_3 tritt. Ob das Ammoniak dabei aus einer Verbindung von NH_3 und Phosphorsäure (oder Oxalsäure) stammt, oder aber aus einer Verbindung von Ammoniak mit Harnsäure, wufste ich nicht. Einen Ammoniakgeruch erhielt ich in der beschriebenen Weise häufiger bei Urinen, welche weder alkalisch waren, noch einen vermehrten Gehalt an Phosphatsedimenten zeigten. Ich sagte daher im voranstehenden, dafs ich nicht zu entscheiden wage, ob eine Ammoniurie im Sinne FREUDENBERGS nicht noch in die Breite des Physiologischen falle. FREUDENBERGS Gedankengang ist für den Kliniker anregend; wie der Chemiker über ihn urteilt, bin ich gespannt, zu erfahren.

An dieser Stelle sei noch — von einer erschöpfenden Literaturübersicht kann keine Rede sein — einer an Stoffwechselversuchen reichen jüngsten Arbeit von SOETBEER und KRIEGER gedacht. Die Autoren fanden als wesentlich eine enorme Erhöhung des Kalkgehaltes des Urins und eine Verschiebung des Verhältnisses der Phosphorsäure zum Kalk. Während die 24stündigen Phosphorsäurewerte die gleichen blieben, stiegen die Kalkwerte fast um das Vierfache an. Durch eine Vermehrung der Phosphorsäure, indem auch nachts Nahrung gereicht wurde, suchten sie mit Erfolg die Ausscheidung trüben Urins zu verhindern. Trotz vermehrter Flüssig-

keitszufuhr und trotz vermehrter Kalkzufuhr erzielten sie einen sauren und klaren Urin bei einer Abnahme der Diurese und der absoluten Kalkwerte. Die Allgemeinsymptome verschlimmerten sich aber. In einer Überladung der Gewebe mit Kalk sehen die Autoren die Ursache des Leidens, gegen welches der Organismus durch den trüben Urin sich selbsttätig wehre. Aus dieser Betrachtung schöpfen SOETBEER und KRIEGER ihre therapeutischen Vorschläge.

SENATOR bemerkt, daſs auch ohne eine von aufsen bedingte Änderung der Reaktion (reichliche Zufuhr von kohlensauren oder pflanzensauren Alkalien in Speisen oder Getränken oder in Arzneien u. a.) Trübungen und Sedimente von Phosphaten (RALFES „Phosphaturie") beobachtet werden, teils ohne jede sonstige erkennbare Störung und dann meist vorübergehend, teils und am häufigsten bei Neurasthenie, namentlich wo geschlechtliche Exzesse, Masturbation, Pollutionen voraufgegangen sind, oder nach lange einwirkenden psychischen Erregungen mit nachfolgender Depression. „Wodurch die Änderung im Harn hervorgebracht wird, ist nicht bekannt. Doch ist es nicht unwahrscheinlich, mit Rücksicht auf die Ätiologie und auf den schnellen Wechsel im Verhalten des Harns, daſs Nerveneinflüsse hierbei im Spiele sind, die sich näher nicht bezeichnen lassen. A. PEYER bezeichnet einen Teil der Beschwerden, welche häufiger bei solchen Patienten zu beobachten sind, wie die Pollutionen, Harndrang etc., als Lendenmarksymptome."

In einer viel citierten Arbeit hatte PEYER die Phosphaturie als eine für Neurasthenie und Hysterie charakteristische Sekretionsanomalie der Niere bezeichnet, welche reflektorisch durch Affektion des Urogenitalsystems ausgelöst werde. Dieser Auffassung pflichtet BINSWANGER in seinen klassischen Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Neurasthenie nicht bei. BINSWANGER nimmt bezüglich der Phosphaturie und Oxalurie als für die Neurasthenie symptomatische Stoffwechselanomalien eine sehr kritische Haltung ein. So sicher es sei, daſs ein erheblicher Prozentsatz von Neurasthenikern, insbesondere von weiblichen Patienten, an Phosphaturie leide, ebenso sicher sei es auch, daſs das gleiche bei durchaus nicht nervösen Personen beobachtet werde. „Es ist naheliegend, daſs bei der krankhaften Überempfindlichkeit der Neurastheniker die gesteigerten Phosphatniederschläge infolge der chemischen und mechanischen Reizung der Blasen- und Harnröhrenwandung zahlreiche abnorme Sensationen im Gefolge haben (Harndrang, krampfartige Blasenschmerzen, irritable Bladder, brennende Schmerzen in der Harnröhre). Es darf aber nicht übersehen werden, daſs die gleichen schmerzhaften Erscheinungen ohne Phosphaturie beobachtet werden." BINSWANGER betrachtet als

wesentlich für das Zustandekommen der Phosphaturie die Beschaffenheit der aufgenommenen Nahrungsmittel, vielleicht auch lokale Erkrankungen in der Gegend des Blasenhalses (Urethritis posterior chronica), welche eine vermehrte Alkaleszenz des Urins bedingen. Das gleiche gilt nach BINSWANGER für die Oxalurie. Mit LÖWENFELD macht der Autor die Beschwerden der an Oxalurie leidenden Neurastheniker von der Reizung der Blasen- resp. Harnröhrenschleimhaut durch gröfsere Oxalatkristalle abhängig.

In LÖWENFELDS 1899 erschienener Monographie: „Sexualleben und Nervenleiden" finde ich die Phosphaturie und Oxalurie nicht erwähnt.

GÜTERBOCK widmet in seiner encyklopädischen Bearbeitung der chirurgischen Krankheiten der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane der Oxalurie und Phosphaturie, wenn ich nicht irre, kein Wort. Die nicht gonorrhoischen (pseudogonorrhoischen) Urethritiden werden nur gestreift. GÜTERBOCK wollte allerdings auch „keine erschöpfende Darstellung der syphilidologischen und bakteriellen Verhältnisse bei der Urethritis" geben.

Überaus bestimmt im Sinne einer Neurasthenie verwertet G. KLEMPERER die Phosphaturie. Die Phosphaturie ist für ihn ein Symptom der Neurasthenie, einer Krankheit des Nervensystems; die Therapie mufs daher die Neurasthenie beseitigen. Da Phosphatsteine nur auf Grund einer Phosphaturie entstehen, zieht KLEMPERER den bemerkenswerten Schlufs, dafs die Entstehung einer bestimmten Art von Nierensteinen durch Beseitigung der nervösen Allgemeinstörung verhindert wird. Bei einem Patienten mit schwerer Neurasthenie und dauernder Phosphaturie stellt KLEMPERER übrigens fest, dafs die Phosphaturie auch bei reiner Fleischnahrung bestehen blieb.

In der jüngsten monographischen, einer weiten Verbreitung würdigen Bearbeitung der Gonorrhoe von WOSSIDLO werden Phosphaturie und Oxalurie in dem Kapitel der chronischen Prostatitis sorgsam erwähnt. WOSSIDLO hält die Phosphaturie „für ein sehr häufiges Vorkommnis bei chronischer Prostatitis und der durch sie bedingten sexuellen Neurasthenie, und für das Produkt eines anormalen Stoffwechsels infolge reflektorischer Nierenreizung." — Wer kann beweisen, dafs die chronische Prostatitis die Ursache sexueller Neurasthenie ist? Worauf es mir aber ankommt: differentiell-diagnostisch wird unserer Stoffwechselanomalien von WOSSIDLO bei der akuten und chronischen, nicht komplizierten gonorrhoischen Urethritis nicht gedacht.

In den Vorträgen von BUSCHKE über die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe finde ich die Phosphaturie nicht erwähnt. — Wie wichtig ist es aber, an die Phosphaturie bei jedem Gonorrhoiker zu denken. Wie leicht kann eine sog. Urethritis posterior bei einer akuten Gonorrhoe angenommen werden, wo von einer Posterior nach dem gewöhnlichen Sprach-

gebrauch keine Rede sein darf, die Trübung nur durch eine Phosphaturie verschuldet wird.

Nach meinen Erfahrungen ist vorübergehende Phosphaturie bei der akuten Gonorrhoe gar nicht so etwas sehr Seltenes. Ob Untersuchungsreihen über ein solches Zusammentreffen vorliegen, weifs ich nicht. Es sind das die wenigen Fälle — meistens waren es aber auch Neurastheniker —, wo Urotropin von mir bei der akuten bezw. subakuten Gonorrhoe verordnet wird. Die Phosphaturie steigert die subjektiven Beschwerden des akuten Trippers, und ich halte es nicht für undenkbar, dafs die durch die Phosphatsedimente gereizte Urethralschleimhaut einem schnelleren Vordringen des Gonococcus den Boden ebnet.

Finger citiere ich absichtlich an letzter Stelle. Seine erschöpfende Bearbeitung der Gonorrhoe widmet der Phosphaturie einen genügenden Raum. Bis auf die leichten chronischen, in geringem Ausfluſs und Fädchenbildung äufserlich sich dokumentierenden urethritischen Reizungen ohne gonorrhoische Infektion, auf welche ich insbesondere hinweisen möchte, wird Finger der Phosphaturie eingehend gerecht. Finger betont eingangs die Verwirrung, welche eine bestehende Phosphaturie in der Diagnose der chronischen Gonorrhoe anrichten kann.

„Wir beobachten eine Phosphaturie unter den folgenden Umständen: 1. Bei akuten sowohl als chronischen Trippern, wenn die Individuen sich zu peinlich halten und durch lange Zeit von allen sauren, scharfen, gesalzenen Speisen zu sehr enthalten. 2. Wenn bei akuter und chronischer Urethritis der Genufs alkalischer Mineralwässer, insbesondere des Giefshübler und Preblauer Wassers, wie leider häufig, neben sorgsamer Diät vom Arzt angeraten wird. 3. Bei chronischer Urethritis posterior und Neurasthenie, neben Polyurie als Sekretionsneurose zum Symptomenbild der Neurasthenie gehörend."

Finger macht darauf aufmerksam, dafs die Phosphaturie, welche völlig symptomenlos verlaufen kann, insbesondere wenn phosphorsaurer Kalk im Sediment vorwiegt, Brennen beim Urinlassen und Harndrang bewirken kann. An späterer Stelle anläfslich der Besprechung der Cystitis kommt Finger noch einmal auf die Phosphaturie zurück. Er erwähnt die häufige Verwechslung beider Prozesse und warnt vor einer schablonenhaften Untersuchung.[3]

Nach dem voraufgegangenen mag es von mehr als rein historischem Interesse sein, dafs Henles Handbuch der rationellen Pathologie (1853),

---

[3] Die neuesten zusammenfassenden Werke von L. Caspar und v. Frisch haben mir bei dem Abschlufs der kleinen Studie noch nicht vorgelegen. Die hervorragende Erfahrung der beiden Autoren hat sicherlich die Verhältnisse, wie ich sie im Auge habe, eingehend beleuchtet.

Bd. II, S. 318, im Kapitel der Harnsedimente unter „Kleesaurer Kalk" die Notiz bringt: „Bird und Beglie bezeichnen die Gegenwart einer bedeutenden Menge von Epitheliumschüppchen im Harn als eine fast konstante Komplikation der Oxalurie, und Stallard und Aldridge machen auf die Reizung der Harnwege aufmerksam, die jenes Symptom, nach ihrer Meinung freilich als sekundäre Erscheinung, begleite." Stallard und Aldridge citiert Henle nach einer im 5. Bande der *Zeitschrift für rationelle Therapie* veröffentlichten Arbeit von Pickford. Bird und Beglies Arbeiten sind noch vor 1850 erschienen.

Die von Freudenberg untersuchten Patienten waren mit des Autors Worten Urogenitalneurastheniker. Im vorhergehenden sprach ich von Neurasthenikern, welche mit Klagen in der Urogenitalsphäre zum Arzt kommen. Ich wollte mich mit dieser Umschreibung den Autoren, vor allem Binswanger, anschliefsen, welche bei der Abgrenzung des engeren Gebietes der Sexualneurasthenie „die sexuellen Störungen der Neurastheniker in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle für sekundäre, auf dem Boden der allgemeinen Neurose entsandene und mit den übrigen Symptomen durchaus gleichwertige 'Krankheitserscheinungen halten". „Der Begriff der Sexualneurasthenie mufs beschränkt bleiben auf die recht kleine Gruppe von Patienten, bei welchen, unabhängig von den Angaben der Patienten über ihre gegenwärtigen Lokalbeschwerden, erwiesen ist, dafs die ersten Zeichen der neurasthenischen Erkrankung in der Genitalsphäre aufgetreten waren, und dafs tatsächlich der allgemein-neurasthenische Zustand aus der „lokalen Genitalneurose" hervorgegangen ist."

Wie oft werden Neurastheniker, welche sich eine Gonorrhoe zugezogen haben oder an den chronisch-katarrhalischen Resten einer solchen endlos lange von den Urologen behandelt werden, durch die Dauer und die Art der Behandlung zu Urogenitalneurasthenikern! Wie recht hat Binswanger, wenn er sich skeptisch den „Genitalspezialisten" gegenüber verhält, „welche katarrhalische Schwellungen und Rötungen der Pars prostatica und des Blasenhalses, Hypertrophie des Samenhügels, parenchymatöse Prostataentzündungen als Grundlage der Reizphänomene der Sexualneurastheniker betrachten".

Der Urologe tut gut, sich mit den auf Grundlage einer Phosphaturie oder Oxalurie aufbauenden urethritischen Reizungen vertraut zu machen. Phosphaturie und Oxalurie sind, mit der nötigen klinischen Reserve betrachtet, überaus beachtenswerte Symptome der Neurasthenie.

Die Arbeit war schon dem Druck übergeben, als mir Eulenburgs Bemerkungen zu dem Aufsatz von Freudenberg in der *Deutschen medizinischen Wochenschrift* No. 42 vom 15. Oktober d. J. zu Gesicht kamen.

Eulenburg verweist auf vereinzelte französische Angaben über das Verhalten des Harnes während hysterischer Anfälle und nach Ablauf solcher, Angaben, welche über Vermehrung der unlöslichen Phosphate bei diesen Zuständen berichten. In der französischen Literatur sind solche Harnbefunde bereits differentialdiagnostisch zur Unterscheidung hysterischer und epileptischer Anfälle verwandt worden. Bei rein hysterischen Patienten — nicht bei den hystero-neurasthenischen Mischformen — ist mir die Phosphaturie noch nicht begegnet. Eulenburgs Mitteilung legt aber gewifs die Mahnung nahe, die Phosphaturie nur im Rahmen eines ganzen Symptomenkomplexes symptomatisch für die Neurasthenie zu verwenden, wie denn überhaupt die Klinik jeglichem Symptom nur eine relative Gültigkeit zuspricht.

Hamburg, im September 1903.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 28. November (11. Dez.) 1903.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Brytschew (Gast) demonstrierte ein Kind mit **Naevus pilaris ichthyosiformis linearis.** Derselbe soll sich im fünften Lebensmonat entwickelt haben und betrifft vor allem die Beugeseiten beider unteren Extramitäten, aber auch den Rücken und die oberen Extremitäten.

2. Suchow (Gast) stellte einen 24jährigen Bauer mit **Molluscum fibrosum** vor. Bei dem sowohl körperlich als geistig stark zurückgebliebenen, aus einer dem Alkohol ergebenen Familie stammenden Kranken finden sich 50, über den ganzen Körper zerstreute, verschieden grofse, fibromatöse Geschwülste. Aufserdem ist das linke Auge, welches durch das herabhängende, geschwulstartig aufgetriebene obere Lid bedeckt wird, erkrankt: es handelt sich um Glaukom und Luxation der Linse.

Diskussion: Tichonowitsch erwähnt zwei Fälle von Molluscum fibrosum, welche er gesehen hat, von denen der eine mit nervösen Erscheinungen kombiniert war, der andere nicht.

Metschersky glaubt, dafs zum gewöhnlichen Bilde des Molluscum fibrosum Veränderungen seitens des Nervensystems, der Knochen und der Augen nicht gehören.

Pospelow entgegnet, nervöse Störungen beobachtet man gewöhnlich bei Molluscum fibrosum. Bei dem, vor Jahren in der Gesellschaft, vom verstorbenen Kollegen Tschernogubow vorgestellten Fall handelte es sich auch um ein in der Entwicklung zurückgebliebenes Individuum. Neben dem Molluscum fibrosum bot dasselbe noch Erscheinungen von Cutis laxa dar.

3. Brytschew (Gast) führte ein 19jähriges, nervös veranlagtes Mädchen mit **Naevus pilaris verrucosus** vor, welcher hauptsächlich auf dem Nacken und Rücken sitzt; aber einzelne versprengte Herde auch sonst auf dem Körper zeigt. Der Haupt-

herd entspricht genau dem Verlauf der Langerschen Linien, die versprengten einzelnen Herde lassen sich in kein System bringen.

Diskussion: Tschlenow glaubt, dafs bei Annahme der Blaschkoschen metameren Theorie alle Herde ihre Erklärung finden.

Pospelow stimmt dem nicht bei, der Hauptherd entspricht genau den Langerschen Linien, die einzelnen kleinen Herde sind so versprengt, dafs man sie in jedes Liniensystem künstlich hineinzwängen kann.

4. Sokolow demonstrierte einen **seltenen Fall von Hauttuberkulose.** Der 36jährige Patient gehört einer tuberkulösen Familie an, ist drei Jahre krank und zeigt bläulichrote Infiltrate in der Haut der Nase, der rechten Augenbrauen, um den rechten Mundwinkel und auf beiden Wangen. Die dritten Phalangen beider Zeigefinger sind verdickt, und ähnliche Veränderungen sieht man an den Zehen. Mikroskopisch fand man Tuberkel mit kaseoser Degeneration und Riesenzellen, aber keine Tuberkelbazillen.

Diskussion: Tschlenow wird durch den besprochenen Fall an den von Doutrelepont beschriebenen erinnert und erwähnt eine eigene Beobachtung von Hauttuberkulose bei einem jungen Mädchen, welches gleichzeitig Erscheinungen von Syphilis aufwies, und wo die Tuberkulose in Karzinom überging.

Metschnerski hält den vorgestellten Fall für eine gutartige Form der Tuberkulose, da die Partien mit kaseösem Zerfall von einem derben fibromatösen Gewebe umgeben sind.

Pospelow sagt, der Fall ist völlig analog einem vor Jahren in der Gesellschaft gezeigten Fall vom verstorbenen Kollegen Mursin und könnte Anlafs geben zu Verwechslung mit Rhinosklerom, aber das mikroskopische Bild entspricht demjenigen der Tuberkulose mit Neigung zur Bildung von Geschwülsten der Haut und der Knochen.

5. Sololow demonstriert einen 17jährigen Burschen mit stark ausgeprägter **Pityriasis rubra pilaris Devergie,** welche vor zweidreiviertel Jahren begonnen, aber in den letzten drei Monaten sich rapid gesteigert hat.

6. Tichonowitsch als Gast sprach über die **Veränderungen des Kehlkopfes bei Lepra** und zeigte pathologisch-anatomische und mikroskopische Präparate von drei daraufhin untersuchten Fällen.

7. Priklonski sprach über die **Phimosis praeputii und seine Behandlung.** Er gibt unter den verschiedenen Behandlungsmethoden der Zirkumzision den Vorzug und beschrieb den von ihm geübten Operationsmodus.

8. Pospelow zeigte verschiedene neu erworbene **Moulagen** des Museums der Klinik für Hautkrankheiten in Moskau und besprach an der Hand derselben die Krankheiten: Pityriasis rosée (Gibert) und Karathès.

Fachzeitschriften.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1903. Heft 21.

Beitrag zum Studium der perinealen Abscesse und der diffusen Phlegmonen urethralen Ursprungs, von B. Motz-Paris und J. M. Bartrina-Barcelona. Die Verfasser haben die im Guyonschen Museum befindlichen anatomischen Präparate

von Fällen, in denen Harnröhrenstrikturen durch perineale Eiterungen, Harnabscesse oder sogenannte Urininfiltrationen kompliziert waren, einer eingehenden Untersuchung unterzogen und berichten in der vorliegenden Arbeit an der Hand von Abbildungen über die einzelnen Befunde. Die Untersuchungen haben mit Sicherheit ergeben, dafs die bei Kranken mit Harnröhrenverengerungen vorkommenden Harnabscesse und Urininfiltrationen niemals durch eine mechanische Ruptur der Urethra verursacht sind, sondern stets die Folge periurethraler und perinealer Eiterungen darstellen. Diese nehmen ihren Ausgangspunkt in den die Urethra umgebenden Drüsen, also in der Prostata, den Littréschen, den Cowperschen und den intrabulbären Drüsen, die, durch ihre Ausführungsgänge mit der stets mikrobienhaltigen Urethra direkt verbunden, auf diesem Wege häufig infiziert werden. Die Entzündungen der Drüsen, die so zu stande kommen, verlaufen entweder unter der Form einer schleichenden Eiterung, die intra vitam keine Symptome verursacht und nur zufällig bei der Autopsie gefunden wird, oder unter der Form perinealer Eiterungen, umschriebener perinealer Abscesse, die zu schweren klinischen Erscheinungen führen, oder endlich unter dem Bilde einer diffusen Infektion, einer weit ausgebreiteten Phlegmone. Durch ein Weitergreifen des Entzündungsprozesses können die Harnröhrenwände zerstört werden, dann dringt der meist infizierte Urin in die erkrankten periurethralen Gewebe ein, und es entsteht unter äufserst akuten, alarmierenden, klinischen Symptomen ein Harnabszefs; in anderen Fällen wandeln sich die perinealen Gewebe nach dem Eindringen des Urins ganz langsam und allmählich in harte Massen, in eine sogenannte „Harngeschwulst" um. — Bei der unter dem Namen Urininfiltration bekannten Veränderung der periurethralen Gewebe handelt es sich, wie zuerst Delbet und Albarran gezeigt haben, um diffuse Phlegmonen, die mit dem Urin meist gar nichts zu tun haben; die Bezeichnung Urininfiltration sollte daher ganz fallen gelassen werden.

Für die tägliche Praxis folgt aus diesen Untersuchungsresultaten, dafs bei Kranken mit Harnröhrenstrikturen stets auch die periurethralen Drüsen untersucht werden müssen, damit jede Eiterung schon im Beginne, noch bevor sie sich klinisch bemerkbar macht, entdeckt wird. Die Behandlung bei Eiterungen der periurethralen Drüsen besteht in intraurethralen antiseptischen Spülungen, Massage, Applikation von Suppositorien und warmen Klystieren.

1903. Heft 22.

Das Chloroform und der Harnapparat, von Guyon. (Eröffnungsvorlesung, gehalten zu Beginn des Studienjahres 1903/1904.) G. bespricht im ersten Teile seiner Vorlesung die Chloroformnarkose, ihren Verlauf und ihre Technik im allgemeinen, um dann im zweiten Teile die Anwendung der Chloroformnarkose bei Operationen an den Harnorganen zu erörtern. Insbesondere weist er darauf hin, dafs selbst langdauernde Manipulationen in der Harnblase schon im ersten Stadium der Narkose ausgeführt werden können, wenn nur die Blasenschleimhaut gesund ist. Besteht aber eine Cystitis, dann ist die Sensibilität der erkrankten Blasenschleimhaut gegenüber jedem Spannungsgrad beträchtlich gesteigert, und es treten infolgedessen schon bei ganz geringer Füllung Kontraktionen der Blase auf; und diese gesteigerte Sensibilität der kranken Blasenschleimhaut bleibt im ersten Stadium der Chloroformnarkose unverändert; sie wird manchmal sogar durch ganz tiefe Narkosen nicht oder nicht im wünschenswerten Mafse beeinflufst. Daher soll vor jeder Operation in der Harnblase eine etwaige Cystitis wenn irgend möglich zur Heilung gebracht werden. Gelingt dies nicht oder nicht vollständig, so ist eine tiefe Narkose nötig, um die Blase zu beruhigen. In Fällen von sehr hochgradiger Sensibilität der Blasenschleimhaut ist es vorteilhaft, einige Tage vor der Operation, wie auch vor der Narkose selbst, Morphium subkutan zu verabreichen. — Dafs die Chloroformnarkosen auch bei Operationen an

schwer erkrankten Nieren gut vertragen werden und auf diese Nieren keine nachteilige Wirkung ausüben, ist bekannt.

2. **Bemerkungen über einige Fälle von subakuter Prostatitis mit periprostatischer Eiterung und hinter dem Blasenhals und den Samenblasen gelegenen Abszessen,** von Bréchot. Br. teilt die Krankengeschichten drei Patienten mit, die, seit langem mit einer blennorrhoischen Harnröhrenstriktur behaftet, alle schon mehrfach an Störungen im Harnapparate gelitten hatten. Bei allen dreien entwickelte sich im Anschluſs an eine komplette Urinretention ganz langsam und schleichend unter verhältnismäſsig geringfügigen lokalen Erscheinungen, aber schwer beeinträchtigtem Allgemeinbefinden, eine starke, teigige Schwellung der Prostata und ihrer Umgebung. Es handelte sich um Eiterungen, die in dem einen Falle in das Rektum, in den beiden anderen in die Urethra durchbrachen. Da aber die Öffnungen ungenügend waren, muſste bei allen dreien nach dem Durchbruch noch die Perineotomie gemacht werden. Im ersten Falle fand sich nahezu das ganze Perineum vereitert; auch das Innere der Prostata war vollständig abszediert; doch bestand zwischen dem Prostataabszeſs und dem periprostatischen Eiterherd keine Kommunikationsöffnung. Der Fall endete letal. In den beiden anderen Fällen war die Prostata ebenfalls vereitert, auſserdem fanden sich hier nur an der Basis der Prostata hinter dem Blasenhals und den Samenblasen Eiterherde, die mit dem Prostataabszeſs ebenfalls nicht in Kommunikation standen. Auch von diesen beiden Fällen endete einer letal, während der zweite Kranke zu genesen scheint. — In allen drei Fällen war die Eiterbildung auſserhalb der Prostata anscheinend unabhängig von der Eiterbildung in der Prostata zu stande gekommen. *Götz-München.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1903. Heft 10.

1. **Trichophytin und Tuberkulin,** von Leredde.

2. **Über das Trichophytin,** von Mario Truffi. Truffi hat die von Plato begonnenen, nach dessen Tode von Neisser im *Arch. f. Derm. u. Syph.* (Bd. 60, Heft 1) veröffentlichten Versuche, die Stoffwechselprodukte der Trichophytonpilze darzustellen und auf ihre Verwertbarkeit in der Diagnostik und Therapie zu prüfen, aufgenommen und weiter geführt. Er bereitete aus verschiedenen Arten von Trichophytonpilzen „Trichophytine“ und injizierte davon Kaninchen und Meerschweinchen, nachdem ihnen vorher Trichophytonreinkulturen subkutan einverleibt worden waren. Eine Reaktion trat nicht ein, während Plato bei einem solchen Versuche eine akute Temperatursteigerung um 1° beobachtet hatte.

Auch bei gesunden Menschen, sowie bei Leuten, die an irgendwelchen Hautkrankheiten, aber nicht an Trichophytie litten, blieben die Trichophytininjektionen vollkommen wirkungslos. Dagegen stellten sich bei einigen Trichophytiekranken 12—15 Stunden nach den Injektionen Temperatursteigerungen bis 42,2°, Pulsbeschleunigung, Mattigkeit, Kopfschmerzen, Schweiſse und an der Injektionsstelle die Zeichen einer lokalen Entzündung ein; diese dehnte sich manchmal weit aus und ging zuweilen mit intensiver Phlyktänenbildung einher. Am stärksten war die Reaktion in Fällen von Sykosis vegetans, schwächer bei Kerion Celsi und in solchen Fällen von Sykosis, bei denen nur disseminierte follikuläre und perifollikuläre Knoten vorhanden waren. In zwei Fällen, die zu der von Majocchi als Granulome trichophytique beschriebenen Form gehörten, blieb jede Reaktion aus, desgleichen bei Trichophytie der Kinderköpfe. Nur in einem Falle der letztgenannten Affektion, in dem durch vorausgegangene Behandlung mit Krotonöl eine starke Reizung der kranken Stellen

hervorgerufen worden war, erzeugte die Injektion eine allerdings nur ganz leichte örtliche und allgemeine Reaktion. In den mit Eiterungen einhergehenden Trichophytiefällen hatten die Einspritzungen eine unverkennbare, aber nicht sehr bedeutende Einwirkung auf die erkrankten Partien; dieselbe war stärker, wenn die lokalen Veränderungen bereits in Heilung begriffen waren, und äufserte sich in Rötung, Infiltration der Gewebe und Exsudation, seltener in Pustelbildung. In allen Fällen, die auf die Injektion überhaupt reagierten, namentlich aber in denen, in welchen die Reaktion stark war, heilten die Hautveränderungen rascher als gewöhnlich ab, ohne dafs eine sehr energische lokale Behandlung angewendet worden wäre. Die Trichophytininjektionen scheinen demnach eine gewisse therapeutische Wirksamkeit zu besitzen, indem sie die Behandlungsdauer in manchen Fällen abkürzen. Aber diese Abkürzung ist durch die den Einspritzungen folgende Reaktion viel zu teuer erkauft, als dafs man das Verfahren zu therapeutischen Zwecken wirklich empfehlen könnte. Dazu kommt, dafs die starke Reaktion mit ihrer heilenden Wirkung gerade bei den Trichophytieformen auftritt, die auch mit den bisher gebräuchlichen Mitteln leicht zum Verschwinden gebracht werden können, während die schwer heilbaren Formen wenig oder gar nicht reagieren. Vielleicht jedoch läfst die in einem Falle von Trichophytia tonsurans bei einem Kinde eingetretene Reaktion erhoffen, dafs sich dies Trichophytin bei der Behandlung dieser eminent chronischen Affektion als nützlich erweisen wird. Das eine aber steht aufser Zweifel, dafs die Trichophytininjektionen ein sehr brauchbares diagnostisches Hilfsmittel sind.

Ein aus Achorion Schönleini hergestelltes Favin erzeugte ebenso wie das von Plato bereitete bei Favuskranken keinerlei Reaktion.

3. **Der gegenwärtige Stand der Radiotherapie bei den Hautkrankheiten,** von Lereddе und M. Pautrier. (Heft 9 u. 10.) Die Verfasser schildern einleitend die verschiedenen Formen von Hautentzündungen, die als unliebsame Überraschungen bei den anfänglichen Experimenten mit Röntgenstrahlen aufgetreten sind und die Veranlassung zur therapeutischen Verwendung dieser Strahlen in der Dermatologie bildeten. Dann beschreiben die Verfasser die Technik der Radiotherapie, wobei sie insbesondere mehrere aus der letzten Zeit stammende, zur Messung der Qualität und Quantität der Strahlen bestimmte Apparate besprechen: es sind das der von Béclère konstruierte „Spintermeter", der es ermöglicht, den elektrischen Widerstand in den Röhren, also den Grad ihrer Weichheit oder Härte zu messen, dann die zuerst von Villard angegebenen regulierbaren Röhren, Benoists Radiochromometer, der die Fähigkeit der Strahlen, in die Tiefe zu dringen, mifst, endlich der Chromodiometer Holzknechts, der eine direkte Messung der von der Haut absorbierten Strahlen gestattet.

Im zweiten Teile der Arbeit werden die Indikationen der Radiotherapie besprochen. Im Gegensatz zu anderen Autoren, wie z. B. Freund, fassen Lereddе und Pautrier diese sehr enge. Nach ihrer Ansicht soll das Verfahren nur bei schweren, hartnäckigen, durch keine andere Behandlungsmethode zu beseitigenden Hautaffektionen angewendet werden. Unter dieser grofsen, prinzipiellen Einschränkung halten sie die Radiotherapie bei folgenden drei Gruppen von Dermatosen für indiziert:

1. Bei Affektionen, bei denen die erkrankten Gewebe zerstört werden sollen. Der Typus dieser Gruppe ist der Hautkrebs, für den aber in erster Linie die blutige Abtragung in Frage kommt.

2. Bei Affektionen bei denen keine Zerstörung, aber eine tiefgreifende Änderung der erkrankten Gewebe, d. h. eine Narbenbildung erzielt werden soll. Der Repräsentant dieser Gruppe ist der Lupus; doch darf die Radiotherapie nur in den seltenen Fällen angewendet werden, die der Finsenschen Lichtbehandlung widerstanden haben.

8. Bei Affektionen bei denen nur unbedeutende und rasch vorübergehende Veränderungen in den Geweben hervorgerufen werden sollen, wie z. B. bei der Hypertrichosis. Die bei dieser Affektion bisher erzielten Resultate sind zwar keineswegs beweisend und konstant; aber gerade hier wäre es von gröfster Bedeutung, wenn die Radiotherapie sich bewähren sollte. Denn Fällen von ausgedehnter Hypertrichosis stehen wir heute so gut wie machtlos gegenüber.

Aufserdem halten die Verfasser noch Versuche mit Radiotherapie beim Favus, bei den Trichophytien und den Naevi vasculares für angezeigt.

4. **Interne Behandlung der Hautkrankheiten,** von Lebredde. Der Artikel wird fortgesetzt. *Götz-München.*

Bücherbesprechungen.

Atlas der Hautkrankheiten mit Einschlufs der wichtigsten venerischen Erkrankungen für praktische Ärzte und Studierende, von E. Jacobi-Freiburg i. Br. II. (Schlufs)-Abteilung. (Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1904.) Die vorliegende Schlufsabteilung des Jacobischen Atlasses enthält gleich der ersten Abteilung 43 Tafeln mit 79 Abbildungen und kurzem erläuterndem Text. Die grofsen Schwierigkeiten, die einer naturgetreuen bildlichen Darstellung der Hautkrankheiten entgegenstehen, sind in dem Atlas, der bekanntlich nach einem neuen, von Albert in München erfundenen Verfahren hergestellt ist, in glänzender Weise überwunden; die Bilder sind von einer Naturwahrheit, die zum Teil direkt überraschend wirkt. Das Werk, dessen Preis noch dazu ein verhältnismäfsig oder eigentlich unverhältnismäfsig billiger ist, verdient die weiteste Verbreitung. *Götz-München.*

Therapie der Harnkrankheiten, von C. Posner. Dritte Auflage. (August Hirschwald, Berlin 1904.) Wenn obiges Werk in dritter Auflage in nicht sehr langer Zeit erscheint, so bedarf es keiner weiteren Empfehlung dieses trefflichen, für die praktischen Ärzte und Studierenden in erster Linie bestimmten Buches, es liegt darin schon der beste Beweis für die Güte. Es gibt den gegenwärtigen Stand unseres Wissens und Könnens auf dem hier behandelten Gebiete in möglichst gedrängter Form, es orientiert den Leser über die Erkrankungen der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane und gibt dem allgemeinen Praktiker die auf eigener Erfahrung des Verfassers gestützten Ratschläge für die häufigsten und wichtigsten Leiden. Die neue Auflage ist an vielen Stellen umgearbeitet und um einige Abschnitte vermehrt; z. B. in bezug auf die Behandlung der Nierenerkrankungen ist manches neue hinzugefügt; Einzelheiten aus den 14 Kapiteln herauszunehmen, würde der Gesamtbeurteilung nur schaden. Das Werk möge sich nach wie vor auch in der neuen Auflage des berechtigten Wohlwollens aller Ärzte erfreuen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Die Scabies, von ALEX. RENAULT. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 41.) Beschreibung der Diagnose und Therapie der Skabies. Der Artikel enthält nichts Neues.

Götz-München.

Ein Fall von lokaler Ichthyose, von S. W. ZNAMENSKI. (*Russkij Wratsch.* 1903. Nr. 22.) Der Fall zeichnet sich durch ausgesprochene Symmetrie der befallenen Hautbezirke (Hals, Achselhöhle, Beugeseiten der Vorderarme und Unterschenkel, Nabel- und Lendengegend) aus. Er enthält sonst nichts Erwähnenswertes.

Leo Feuerstein-Bad Hall.

Pityriasis rosea, von O. LASSAR. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 35.) L. weist darauf hin, daſs verschiedene Hautkrankheiten, besonders Pityriasis rosea GIBERT, sehr oft durch Benutzung noch nicht gebrauchter neuer oder lange Zeit im Schrank aufgehobener Kleidungs- resp. Wäschestücke übertragen wird, wie es auch schon von andern Forschern beobachtet wurde. Er bittet, daraufhin mehr das Augenmerk zu richten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Diagnose des Herpes maculosus squamosus, von PAUL MEISSNER. (*Die med. Woche.* 1903. Nr. 34.) Verfasser hat die Bemerkung gemacht, daſs die Krankheit meist 8—10 Tage nach Benutzung frischer Woll- oder Baumwollwäsche auftritt, einerlei, ob dieselbe frisch aus dem Laden gekauft oder nach monatelanger Lagerung aus dem Wäscheschrank geholt ist. Er weist auf diese Ätiologie hin.

Bernhard Schulze-Kiel.

Gegen **Trichophytie** empfiehlt JACKSON (*Med. Record*) zweimal tägliche, späterhin einmal täglich Applikation reiner Jodsalbe, deren Konstituens Gänsefett ist; die Haare fallen bald aus, wachsen aber wieder ohne Rezidiv:

Gänsefett 32,0
Jod 4,0. M. f. ungt.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Beitrag zur Verwendung von Epikarin bei Tinea tonsurans und Tinea circinata, von A. VAN HARLINGEN und H. K. DILLARD. (*Amer. Journ. Med. Science.* Juni 1903.) Das Epikarin ist zuerst von KAPOSI zur Behandlung von Scabies vor einigen Jahren empfohlen worden. In dieser Beziehung hat es nach den allerdings nur spärlichen Erfahrungen der Verfasser keine Vorzüge vor der von ihnen mit Vorliebe verwendeten Naphtol- oder Schwefelsalbe. Dagegen ergab das Mittel bei einer Reihe von 29 Fällen von Tinea tonsurans resp. Tinea circinata sehr befriedigende Resultate. Sie verwendeten meistenteils eine 10%ige alkoholische Lösung, welche energisch auf die glatt geschorene oder epilierte Stelle ein- bis zweimal täglich eingerieben wurde. In hartnäckigen Fällen ist auch eine 20%ige Lösung zu verwenden. Die Resultate mit der 10%igen Salbe waren nicht ganz so gut wie die mit der Tinktur erzielten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Säuglingsekzem, von MAURICE BOIVIN. (Th. Paris, 1903. Nach *Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 32.) Der Laienansicht, daſs ein Ekzem nicht ohne weiteres zur Heilung gebracht werden dürfe, gibt B. vollständig recht; denn das Ekzem ist die

natürliche kutane Reaktion gegenüber der Ausscheidung toxischer Stoffe durch die Haut; wird diese unmöglich gemacht, dann häufen sich die toxischen Stoffe im Blute an und verursachen in dem Organ, in dem sie deponiert werden, schwere Störungen. So hat B. ein achtmonatliches Kind infolge der Heilung eines Gesichtsekzems an Bronchopneumonie, ein 14 Monate altes an Konvulsionen zugrunde gehen sehen. Gaucher hat als Folge von Ekzemheilungen bei 9—18 Monate alten Kindern Lungenkongestion, Bronchopneumonie, Enteritis, Albuminurie und Anasarka, Anorexie und Abmagerung beobachtet. Es ist daher für alle Säuglingsekzeme, die ja meistens durch innere Ursachen, d. h. gastrointestinale Störungen, oder durch innerlich verabreichte Medikamente, namentlich Jod, verursacht sind, empfehlenswert, mit der Allgemeinbehandlung zu beginnen und erst wenn unter deren Einfluſs die Verdauung geregelt und die Produktion toxischer Stoffe vermindert ist, auch eine lokale Therapie einzuleiten. Das wichtigste ist die strenge Regelung der Diät des Säuglings wie der Amme; dieser muſs das Fleisch zum groſsen Teile, der Alkohol ganz entzogen werden. Die Reinigung der Haut des erkrankten Kindes geschieht ausschlieſslich mit abgekochtem Wasser oder Borwasser; Seifen oder antiseptische Mittel dürfen nicht angewendet werden. Von innerlichen Mitteln sind zu empfehlen leichte Diuretika, Kalomel in kleinen Dosen, Acidum lacticum (für ein sechsmonatliches Kind dreimal täglich zwei Tropfen in Zuckerwasser), Natrium bicarbonicum, Magnesia usta. Das mehrfach empfohlene Benzonaphtol ist absolut zu verwerfen, weil es die Magenschleimhaut stark reizt. — Als sehr nützlich haben sich auſserdem noch die alle 2—3 Tage zu wiederholenden Darmspülungen erwiesen. *Götz-München.*

Zur Frage der inneren Erkrankungen und plötzlichen Todesfälle im Anschluſs an die Heilung eines Säuglingsekzems, von Michael Cohn-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1903. Heft 6.) Ein 1¼ Jahre altes Kind bekam am dritten Tage nach Beginn einer erfolgreichen Behandlung eines chronischen Kopfekzems deutliche Zeichen einer leichten Nephritis, die innerhalb der nächsten acht Tage, ohne wesentliche Störungen des Allgemeinbefindens verursacht zu haben, allmählich wieder verschwanden, während auch das Ekzem völlig abheilte. Daſs zwischen dem chronischen Ekzem resp. dem Abheilungsprozeſs desselben und der Nephritis ein unmittelbarer Zusammenhang existiert, läſst sich zwar nicht mit absoluter Sicherheit beweisen, muſs aber doch im vorliegenden Falle als sehr wahrscheinlich angesehen werden, wie ähnliche Fälle zeigen. Trotzdem darf der praktische Standpunkt, daſs jedes Kinderekzem therapeutisch in Angriff genommen und nicht etwa als ein Noli me tangere betrachtet werden müsse, gewiſs in keiner Weise verrückt werden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von akutem Ekzem im Säuglingsalter; Hämatemese; Ulcus duodenale; Exitus letalis, von H. H. Borland-Glasgow. (*Lancet.* 17. Okt. 1903.) Verfasser ist der Meinung, daſs ein gewisser Zusammenhang zwischen der Hautaffektion und dem Duodenalgeschwür anzunehmen ist, wie man ja auch bei ausgedehnten Verbrennungen wiederholt Geschwürsbildung im Magen und Duodenum konstatiert hat. Es kann sich dabei um septische Embolien handeln, Mikroorganismen oder chemische Stoffe. Auch hat Ebstein nach Verletzung der Corpora quadrigemina solche Geschwürsbildung beobachtet. Bei dem vorliegenden Falle handelte es sich um einen Knaben von acht Monaten, der bereits im zweiten Lebensmonat mit Ekzem am Kopf erkrankte. Nach zeitweiligen Remissionen trat eine intensive Exacerbation ein, und der Ausschlag war in den letzten Tagen vorm Tode impetigoartig. Gleichzeitig wurden die Entleerungen teerartig und das Kind brach Blut. Die Autopsie ergab ein perforiertes Geschwür auf der Rückwand des Duodenums mit Bluterguſs im Peritonealraum. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung des Ekzems bei den kleinen Kindern, von Guida. (*La Pediatria pratica.* 1903.) Der Verfasser schreibt den Verdauungsstörungen einen bedeutenden Einfluſs auf die Entstehung und den Verlauf der Ekzeme zu. Er schlägt deshalb in erster Linie vor, die Ernährungsweise genau zu regulieren in dem Sinne, daſs dem Kinde die passende Nahrung in regelmäſsigen, nicht zu häufigen Zwischenräumen verabreicht werde. Besonders weist er auf die ganz verfehlte Methode gewisser Mütter hin, zum Zwecke der Beruhigung den Kindern, welche durch das Jucken sehr unruhig geworden sind, möglichst häufig Milch zu geben resp. zu säugen, wodurch gerade der Zustand verschlimmert wird. Er empfiehlt sodann das warme, mehrmals täglich verabreichte Stärkebad, wobei er auf die Anwendung groſser Vorsicht beim Abtrocknen hinweist. Sodann folgt eine Reihe von Rezepten für Streupulver, Salben usw. Was die Salben anbelangt, so sollen dieselben nicht gleichzeitig auf die ganze Körperoberfläche aufgetragen werden, sondern abwechselnd auf eine Region nach der andern. *C. Müller-Genf.*

Ekzema impetiginosum und Urticaria durch Staphylokokken hervorgerufen, von R. Campana. (*Clin. dermosifilopat. della Ra. univ. di Roma.* März 1902.) Die Patientin des Verfassers erkrankte an einem impetiginösen Gesichtsekzem; während der Erkrankung trat zweimal ein Anfall von allgemeiner Urticaria auf, auch bildete sich am Gesäſs ein Furunkel. In einem exzidierten Hautstück, das Sitz einer Urticariaquaddel war, fanden sich Staphylokokken im Bereich der Leukocyteninfiltration, vereinzelt auch zwischen den Epidermiszellen. Dieselben Staphylokokken lieſsen sich aus den Krusten des Ekzems und aus dem Furunkel züchten. Es handelte sich um Staphylococcus pyogenes aureus. Mit dem Abheilen des Ekzems war auch die Urticaria geschwunden. *F. Hahn-Bremen.*

Das Ekzem des freien Randes der Augenlider, von Brocq. (*Journ d. pratic.* 1903. Nr. 32.) Der kurze Bericht enthält lediglich einige bereits bekannte Salbenrezepte. *Götz-München.*

Die dermatologische Klassifikation der Blepharitis ciliaris, von A. Terson. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 39.) Die Blepharitis ciliaris ist eine Hautkrankheit, und T. plädiert deshalb dafür, daſs sie definitiv unter die Dermatosen eingereiht und, was bisher nicht der Fall war, ausschlieſslich von den in der Dermatologie üblichen Gesichtspunkten aus betrachtet wird. T. unterscheidet eine eitrige und eine nicht eitrige Form von Blepharitis ciliaris. Die eitrige Form ist ausgezeichnet durch Bildung follikulärer Abszesse; die häufig vorhandenen Krusten sind nicht aus Schuppen, sondern aus eingetrocknetem Eiter entstanden. Von Mikrobien finden sich nur Staphylokokken, und zwar zumeist der aureus, seltener der albus. Es handelt sich bei dieser überaus häufigen Form nicht um ein Ekzem, sondern um eine Follikulitis, die mit perifollikulären Pusteln beginnt. Wenn die Follikulitis in die Tiefe fortschreitet, kommt die ulzeröse, „fressende" Form zu stande, die mit der fast vollständigen Zerstörung der Augenwimpern endet. Die Mischung von hypertrophischen und atrophischen Veränderungen, die sich dabei ergibt, wird in der Dermatologie als Sykosis bezeichnet; diesen Namen sollte auch die chronische, ulceröse Blepharitis ciliaris tragen. — Die nicht eitrige, schuppige Form, bei der sich fast nie Veränderungen der Haarbälge, Abszesse oder Ulcerationen finden, weist zwei verschiedene Typen auf: die eine ist durch die Bildung kleiner, feiner, kleienförmiger Schüppchen, die andere durch die Bildung rötlicher, fettiger Schuppen ausgezeichnet. Wahrscheinlich handelt es sich bei der ersten Art um eine Pityriasis, bei der zweiten um Seborrhoe; die bakteriologische Untersuchung hat bisher allerdings nur das Vorhandensein von Staphylococcus albus ergeben. — Bezüglich der echten ekzematösen Blepharitiden stehen eingehendere Untersuchungen noch aus. *Götz-München.*

Ein ungewöhnlicher Bläschenausschlag, von J. Reid - London. (*Lancet*. 24. Okt. 1903.) Im Anschluſs an eine Influenza-Attacke erkrankte ein junger Arbeitsmann mit einem Bläschenausschlag, welcher zuerst als Herpes facialis imponierte, sich aber allmählich über den ganzen Körper ausbreitete, wobei die Läsionen bis zu einer Länge von drei Zoll und einer Breite von einem halben Zoll auswuchsen. Der Inhalt war stets klar, und abgesehen von den durch die entstehenden Erosionen bedingten Beschwerden war das Allgemeinbefinden ungestört. Verfasser hat Körperchen ähnlich denen, welche er beim Rost des Weizens bei Gelegenheit einer Pneumonie-Epidemie angetroffen hat, dabei gefunden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von akutem, bullösem Ausschlag bei einem Schlachter, von A. S. Morley und G. H. Ransome. (*Lancet*. 16. Mai 1903.) Im Anschluſs an eine unerhebliche, aber ziemlich lange eiternde Verletzung eines Fingers akquirierte der 26jährige, sehr plethorische Patient an dem entsprechenden Vorderarm einen Ausschlag, welcher sich klinisch als Herpes tonsurans präsentierte, aber mit negativem bakteriologischen Befund. Im weiteren Verlauf entwickelte sich ohne Fieber ein fast den ganzen Körper einnehmender Ausschlag entzündlicher Art mit Bläschen und Blasen und nachfolgender grober Abschuppung und Furunkeln. Die Krankheit hielt volle vier Wochen bis zur Rekonvaleszenz an, und Patient kam sehr herunter. In mancher Beziehung erinnerte die Affektion an Duhrings Dermatitis herpetiformis und an eine als „Pemphigus en petites bulles“ beschriebene Affektion. Pernet hat eine Reihe solcher Fälle gesammelt, von denen acht bei Schlachtern vorkamen. Die bakteriologische Untersuchung des Bläscheninhalts in diesem Falle ergab nur den Staphylococcus pyogenes albus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Pemphigus neonatorum, vergesellschaftet mit einer Allgemeininfektion von Staphylococcus pyogenes, von J. C. Miller - Maumee. (*Cleveland Med. Journ.* Mai 1903.) Ein von nicht syphilitischen Eltern stammendes, acht Tage altes Kind, das trotz der ungünstigsten äuſseren Verhältnisse gesund und relativ wohlgenährt ist, bekommt einen Blasenausschlag auf Rücken, Abdomen und Gesicht und geht unter Fieber und Allgemeinerscheinungen binnen drei Tagen zugrunde. Im Blaseninhalt finden sich Reinkulturen von Staphylococcus pyogenes aureus, desgleichen in Lunge und Leber, während Milz und Nieren Streptokokken zeigen. Alle inneren Organe bieten das Bild einer akuten Sepsis. Verfasser glaubt, daſs der Pemphigus neonatorum eine allgemeine Infektionskrankheit darstellt, die sowohl vom Pemphigus syphiliticus, wie vom Pemphigus chronicus der Erwachsenen getrennt werden muſs. *W. Lehmann-Freiburg i. B.*

Klinische, bakteriologische, hämatologische und histologische Bemerkungen über den chronischen Pemphigus, von Secchi und Serra. (*Rif. med.* 1903. Nr. 38 u. 39.) Der Fall, welcher die Basis der vorliegenden Arbeit geliefert hat, ist kurz folgender: Ein an Malariakachexie leidender Patient erkrankt nach einer bedeutenden Anstrengung mit Fiebererscheinungen unter gleichzeitigem Ausbruch einer bullösen Eruption. Die letztere, sowie das Fieber verschwinden nach einiger Zeit, um dann nach verschieden langen Zwischenräumen noch vier weitere Male aufzutreten. Beim fünften Anfalle war das Fieber sehr hoch und der Allgemeinzustand ein schwerer. Aus dem Blute wird ein Staphylococcus aureus gezüchtet, der, einem Kaninchen inokuliert, Fieber und Abmagerung erzeugt, aber das Tier nicht tötet. Mit dem Inhalte einer intakten Blase erhält man Kolonien vom Streptococcus und Staphylococcus aureus, welche ein Kaninchen in elf Tagen töten. Im Blute des Patienten konstatiert man Hyperleukocytose und rote Blutkörperchen mit Körnchen, die sich mit neutralem Rot und Methylenblau färben. Im Exsudat der Blasen weist man Polynukleose und Eosinophilie nach. Auf Grund seiner Untersuchungen nimmt

Verfasser an, daſs es sich um einen chronischen Pemphigus durch Staphylokokken-Septikämie nach Malaria handelt. Er glaubt nicht, daſs das Fieber auf sekundäre Infektion durch den in den Blasen gefundenen Staphylococcus zurückzuführen sei.

C. Müller-Genf.

b. *der Cutis.*

Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus vegetans, von PAUL WIEGMANN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 38.) Nach einer umfangreichen Zusammenstellung der Kasuistik berichtet Verfasser eingehend eine eigene Beobachtung von Pemphigus vegetans. Das Leiden beginnt meistens an der Schleimhaut des Mundes, Rachens, Kehlkopfs. Die ersten Blasen an der Haut sind gewöhnlich klein. Charakteristisch sind die kondylomatösen Wucherungen, die auch stellenweise wieder schwinden können. Sie sitzen am häufigsten in der Schenkelbeuge, Leistengegend, Genitocruralfalte, sodann an den Genitalien, in der Achselhöhle, in der Analgegend, am Mons veneris, seltener in der Nabelgegend, an der Kopfhaut und am Kinn. Erytheme und Urticaria kommen im Laufe der Erkrankung vor. Die Haut ist sehr reizbar; gereizte Stellen beginnen zuweilen zu vegetieren. Nervöse Erscheinungen verschiedener Form kommen vor. Diarrhoen sind beobachtet. Erkrankt gewesene Stellen lassen oft Pigmentationen zurück. — In der Literatur findet man 38 Frauen, 31 Männer mit Pemphigus vegetans mitgeteilt. Vom 30.—50. Lebensjahre tritt das Leiden am häufigsten auf. — RIEHL nimmt an, daſs es sich beim Pemphigus vegetans primär um eine Wucherung des Rete handelt, während NEUMANN die Wucherung der Papillen und Gefäſsschlingen als das Primäre ansieht. — Der neurogene Ursprung des Leidens ist neuerdings wieder von LEUBE und v. SCHROETTER behauptet worden. Im allgemeinen nimmt man einen toxischen Prozeſs als vorliegend an. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Frage des Tier- und Menschenfavus, von WANDEL. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 76. Bd. 6. Heft.) Um die Systematik der Favuspilze nachzuprüfen, untersuchte Verfasser kulturell eine Reihe von Favuserkrankungen bei Kindern und Hausmäusen an der Kieler medizinischen Klinik; er bestätigt im allgemeinen QUINCKES Untersuchungen aus dem Jahre 1887. Die Untersuchungen zwingen zu einer Trennung im botanischen System in zwei Favusarten: als habituellen Wirt für den γ-Pilz haben wir den Menschen anzusehen, als häufigsten Wirt für den α-Pilz die Maus, von dieser nicht selten auf den Menschen übertragen. *F. Hahn-Bremen.*

Über kutane Infektion mit Milzbrandbazillen, von ADOLF TREUTLEIN. (*Centralbl. f. allg. Pathol.* 1903. Nr. 7 u. 8.) Die Milzbrandbazillen können in den Organismus gelangen durch die Luftwege, durch den Verdauungskanal, durch die Haut. Letzteren Weg hat Verfasser experimentell genauer verfolgt. Er stellte fest, daſs beim Einreiben der Bazillen in die sorgsam rasierte, aber ganz unverletzte Bauchhaut von Kaninchen diese im Stratum corneum zu finden sind; besonders dringen sie durch die Follikel ein, treten an der Haarpapille in das Nachbargewebe über und gelangen in die Lymphspalten. Sie können die dünnen Wände feiner Gefäſse durchwandern und in das Blutsystem gelangen; Milz, Leberkapillaren, Nierenglomeruli sind mit Bazillen dann vollgepfropft. Durch Bazillenembolie einer Endarterie entsteht ein keilförmiger, anämischer Infarkt der Niere. — Es kann also der Milzbrandbazillus bei intakter Haut durch die leeren Follikel eindringen, was wohl auch für die menschliche Pathologie gilt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Kenntnis der Gasgangrän, von DANSAUER-Jena. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 36.) Nach einem ausführlichen Bericht über die bisherige Literatur über Gasgangrän und ihre Erreger beschreibt D. einen von ihm beobachteten und bakteriologisch aufs gründlichste untersuchten Fall von Gasgangrän bei

einer im Delirium tremens befindlichen, nicht-diabetischen Landstreicherin. Der Erreger der Gangrän war in diesem Falle das Bacterium coli, das jedoch, wie auch in ähnlichen, von andern Autoren beschriebenen Fällen lediglich als Saprophyt aufgefaßt werden mußte. Die Gasgangrän war keine primäre; es handelte sich vielmehr um eine von einer kleinen Hautwunde an der Hand ausgegangene, rapid fortschreitende Streptokokkeninfektion mit beginnender Eiterbildung und Gewebsnekrose; letztere lieferte dem zufällig mit eingedrungenen Bacterium coli den Nährboden, auf welchem es Gas bilden konnte.

Die Schlußfolgerungen, die D. aus seiner Beobachtung und den Veröffentlichungen anderer Autoren zieht, sind folgende:

1. Das Bacterium coli commune vermag auch im nicht-diabetischen, lebenden menschlichen Organismus Gasgangrän zu erzeugen.

2. Das Bacterium coli commune kann nach den bisher in der Literatur niedergelegten Beobachtungen keinen Anspruch darauf machen, als selbständiger Erreger von Gasgangrän anerkannt zu werden; seine Tätigkeit hierbei ist saprophytisch und von einer primär durch pathogene Bakterien, lokale oder allgemeine Ernährungsstörungen (Trauma, Stoffwechselkrankheiten) verursachten Gewebsschädigung abhängig.

Götz-München.

Über einen durch Röntgenstrahlen symptomatisch geheilten Fall von Mykosis fungoides, von J. P. Marsh-Troy U. S. A. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Aug. 1903.) Die 60jährige, sonst recht gesunde Patientin bot auf dem Nacken und auf der linken Seite der Nase wohlcharakterisierte Auswüchse dar, während die Oberlippe Sitz eines $1^1/_2$ Zoll großen, tiefgreifenden Geschwürs war. Der erste Anfang der Affektion datiert etwa zehn Jahre zurück. Die Diagnose darf wohl als gesichert angesehen werden. Die Behandlung dauerte etwa 14 Wochen, wobei die Krankheitsgebiete abwechselnd der Bestrahlung ausgesetzt wurden. Die beigegebenen Photogramme zeigen einen schönen Erfolg. Wegen der Einzelheiten der Behandlungsweise sei auf das Original verwiesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Rhinosklerom post trauma, von Hrach. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 13.) Ein Soldat mit Rhinosklerom führte den Tumor auf eine erlittene Kontusion der Nase zurück. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Rhinosklerompolypen und über eine Experimentalmethode der Diagnostik des Rhinoskleroms, von Pawlowsky. (*Zentralbl. f. Chir.* 1903. Nr. 18.) Zu zwei früher publizierten Fällen kann Verfasser einen dritten hinzufügen, bei dem das Rhinosklerom in Gestalt von polypösen Gewächsen gewuchert war, ohne die Konturen und die Hautbedeckungen der Nase zu verändern. Die mikroskopische Untersuchung der ausgeschnittenen Stücke ergab typische Struktur des Rhinoskleroms: die Gewebe zeigten die Struktur eines Granuloms mit großen Mikuliczschen Zellen, Hyalinkörpern und einer großen Zahl von frischen Bazillen; diese waren auch schon vorher auf Abimpfung auf Agar gewachsen. Zur Sicherung der Diagnose verwendete Verfasser außerdem eine von ihm angegebene Methode, die eine rasche Diagnose ermöglicht: man injiziert von der erhaltenen Rhinosklerombazillenkultur mit warmem Agar in die Bauchhöhle einiger Meerschweinchen; nach 24—48 Stunden sterben die Tiere und bei der bakterioskopischen Untersuchung ließen sich im Peritonealexsudat Bazillen mit schönen Kapseln in großer Menge nachweisen; auch ließen sich Bazillen aus allen inneren Organen (Herz, Blut, Leber, Milz, Nieren) in großer Menge nachweisen. Die Bazillen der Ozaena, die den Rhinosklerombazillen sehr ähnlich sehen, rufen bei der Intraperitonealeinspritzung bei Meerschweinchen keine tödliche Infektion hervor.

F. Hahn-Bremen.

Über die atrophische Form von Lichen planus (Lichen planus atrophicus), von Wladislaw Reiss. (*Przegląd lekarski.* 1903. Nr. 44—45.) Beschreibung eines Falles von Lichen planus atrophicus, welcher an der dermatologischen Klinik des Verfassers in Krakau einer eingehenden klinischen und histologischen Untersuchung unterworfen wurde. Der Fall betrifft einen 21jährigen Mann, bei dem angeblich bereits vor 8—9 Jahren die ersten Eruptionen der Erkrankung an den unteren Extremitäten aufgetreten sind. Stamm, Hals, obere und untere Extremitäten (mit Ausschluſs der Waden, plantae und palmae) sind von zahlreichen, teils vereinzelten, teils konfluierenden, narbenähnlichen Flecken, mit leichten Depressionen, besäht. Die Epidermis ist schimmernd rosagrau, mit dunklen Streifen; ab und zu, besonders an den Extremitäten, sind nadelstichähnliche Öffnungen sichtbar. Die Flecke sind von einem braunen, fein radiär gestreiften Saum umgeben, was der Haut ein mosaikartiges Aussehen verleiht. Die Beobachtung frischer Effloreszenzen hat bewiesen, daſs diese pigmentierten Zonen immer erst einige Wochen nach Ausbildung der atrophischen Flecke auftreten.

Die histologische Untersuchung sowohl der braun pigmentierten Zonen wie der atrophischen Flecke ergab nur wenige charakteristische Merkmale. Zum Unterschiede vom gewöhnlichen Lichen planus fand Verfasser keine Verbreiterung der Körnerschicht, keine Spur von Akanthose. Verfasser betrachtet den Fall als einen Lichen planus atrophicus pigmentosus, der wohl nicht als ein Endstadium des gewöhnlichen Lichen planus mit Bildung eines Pigmentes anzusehen ist, sondern als eine a priori vom gewöhnlichen Lichen planus durchaus verschiedene Erkrankung, die zur Atrophie und starker Pigmentausbildung führt.

Die Ätiologie des Falles ist vollkommen dunkel, die Therapie (Arsen) blieb ohne wesentlichen Erfolg. *Leo Feuerstein-Bad Hall.*

Einiges über das Palmarkeratom und seine Behandlung, von Arnold Sack. (*Wien. klin. Rundsch.* 1903. Nr. 40.) Das Palmarkeratom ist kein einheitliches Krankheitsbild. Neben der essentiellen Form gibt es solche bedingt durch Syphilis, Tylomdildung, Ichthyosis, Ekzem. Hyperkeratose, Retention des gebildeten Schweiſses mit Quellung der Hornzellen, Neigung zur Rhagadenbildung charakterisieren das Bild. — Therapeutisch hat Verfasser von einem alten Volksmittel, süſsem, weiſsem Rahmkäse, Gutes gesehen. Der Käse wird, dick auf Leinwand gestrichen, aufgelegt, darüber Guttaperchapapier; Verbandwechsel nach 1—2 Tagen. Die Haut wird in wenigen Tagen weich, dünn, rosig. Die wasserentziehende Wirkung bewirkt eine Lösung der Hornschwarten (Keratolyse); keratoplastische Substanzen rufen eine Neubildung von Epithel hervor. — Man legt den Verband am besten zur Nacht auf, während man am Tage die Haut häufig mit folgender Lösung einreibt:

Acid. salicyl.	
Borac.	ā 5,0
Spiritus colon.	10,0
Glycerini	80,0

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fünf neue Fälle von diphtherischen Panaritien und subepidermischen Diphtherieinfektionen, von Victor Hau und Louis Revol. (*Lyon méd.* 1903. Nr. 33.) Die Verfasser, von denen der eine schon im Jahre 1900 (*Lyon méd.* 1900, 28. Januar) auf das Vorkommen von subepidermischen Diphtherieinfektionen an den Fingern hingewiesen hat, haben neuerdings fünf Fälle von diphtherischen Panaritien beobachtet. Zwei von diesen fünf Fällen betrafen die Verfasser selbst, einmal war die Infektion bei einer Intubation, einmal bei der Sektion einer an Diphtherie verstorbenen Frau erfolgt. Die Erscheinungen waren stets ausschlieſslich lokale: sie be-

standen in Rötung und Schmerzhaftigkeit der betreffenden Fingerpartien und Bildung einer mit serös-eitriger Flüssigkeit gefüllten Blase. In zwei Fällen zeigten sich nach Entfernung der Blasendecke diphtherische Membranen. Die in der Blase befindliche Flüssigkeit enthielt in vier Fällen Diphtheriebazillen in Reinkultur, in einem Falle Diphtheriebazillen und Kokken. Die Infektion erstreckte sich nur auf die Epidermis, das Derma war stets intakt. Bei vier Kranken, bei denen lediglich die abgehobene Epidermis abgetragen wurde und die erkrankte Partie offen und unbedeckt blieb, heilte die Affektion innerhalb weniger Tage aus; bei einer Patientin dagegen, die den kleinen Eingriff nicht vornehmen liefs und permanent einen Verband trug, war der Verlauf ein ungleich längerer. — Die diphtherischen Panaritien sind trotz und in gewissem Sinne auch wegen ihrer Gutartigkeit, ihres, wenigstens bei rationeller Behandlung, d. h. bei einfacher Bloslegung, raschen Verlaufs und der Geringfügigkeit der subjektiven und objektiven Erscheinungen insofern gefährlich, als sie leicht zu einer Verschleppung der Diphtheriebazillen führen können.

Göts-München.

Die Furunkulose. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 34.) In der Entwicklung begriffene Furunkel, in denen noch keine eitrige Einschmelzung Platz gegriffen hat, werden nach Gallois durch Aufpinseln einer Lösung von 4 g Jod in 10 g Aceton sehr rasch zur Abheilung gebracht. Bei der Anwendung des Mittels ist wegen seiner stark kaustischen Wirkung grofse Vorsicht am Platze.

Bei Furunkeln des äufseren Gehörgangs empfiehlt Löwenberg zweimal täglich wiederholte Einträufelungen einiger Tropfen übersättigter alkoholischer Borsäurelösung; in der Zwischenzeit werden kleine Wattetampons eingelegt, die mit einer Lösung von 2 g Menthol in 10 g Olivenöl getränkt sind. *Göts-München.*

Über Furunkulose, von A. C. Miller-Fort William. (*Edinb. med. Journ.* Juni 1903.) Überblick über diese Affektion und kurze historische Abhandlung. M. sieht den Furunkel als Resultat einer Entzündung rings um einen Haarfollikel und dessen Drüsenanhänge an; die Staphylokokken (aureus und albus) sind die häufigsten Erreger dieser Entzündung. Die Furunkel kommen am meisten im jugendlichen Alter (bei Schulknaben und in der Entwicklungsperiode) vor. Ungenügende oder übermäfsige Zufuhr animalischer Lebensmittel wird als Gelegenheitsursache angeführt. M. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Häufigkeit, mit welcher Furunkulose Jäger und Leute, die mit Wild viel zu tun haben, befällt, ferner auch Küchenmädchen, die mit der Zubereitung von Wild beschäftigt sind. Die populäre Ansicht ist, dafs die Knochen des Wildes virulente Eigenschaften besitzen, welcher Meinung auch die Schlächter sind, die mit Rindvieh, Schafen und Wild zu tun haben und bekanntlich ebenfalls häufig von Furunkeln befallen worden. M. schlägt vor, es sollten die genannten Kategorien von Leuten bei ihrer Beschäftigung Handschuhe von Leinen oder Gänseleder oder Guttapercha tragen, oder wenigstens Hände und Vorderarme mit Borvaseline oder Butter oder Öl einschmieren oder beides tun, ferner die Hände stets in irgend einer antiseptischen Lösung (Karbol oder Sublimat = 1 : 2000) waschen. Bezüglich der Behandlung der Furunkel empfiehlt M. Unnas Hg-Pflaster, sobald ein solcher auftritt; gelingt damit nicht die Rückbildung, so sollte die Reifung durch antiseptischen Verband beschleunigt werden. Vor der Inzision des Karbunkels warnt schliefslich M., der nur eine Erweiterung der offenen Stelle für genügend hält, um dem Eiter freien Abflufs zu verschaffen. *Stern-München.*

Bakteriologische Untersuchungen über den Erreger des Ulcus molle, von Egon Tomasczewski-Breslau. (*Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh.* 1903. Bd. 42.) In Neissers Klinik machte Verfasser Versuche über die Züchtung der Krefting-Ducrey-Unnaschen Streptobazillen, worüber er nach Erwähnung der bisher von andern

Forschern erreichten Resultate berichtet. Die charakteristischen Merkmale für das bakteriologische Verhalten der Streptobazillen sind folgende:

Die Streptobazillen wachsen ausschliefslich auf Blutagar, Blutagarkondenswasser und nicht koaguliertem Blut, sie bilden charakteristische Kolonnen auf Blutagar.

Die Streptobazillenkulturen auf Blutagar bestehen aus polymorphen Stäbchen mit Neigung zu paralleler und reihenweiser Lagerung, sind im hängenden Tropfen völlig unbeweglich und entfärben sich sehr leicht nach Gram.

Im Blutagarkondenswasser bilden die Streptobazillen längere, im nicht koagulierten Blut kürzere Ketten. Übertragungsversuche auf Mäuse, Meerschweinchen und Kaninchen bleiben negativ.

Auf Menschen übertragen, rufen diese Kulturen, auch wenn dieselben durch eine Reihe von Generationen auf Blutagar gezüchtet waren, typische Ulcera mollia hervor.

Bernhard Schulze-Kiel.

Impfungen an Affen mit dem Erreger des Ulcus molle, von Egon Tomaszewski-Halle. (*Dtsch. med. Wochenschr.* Nr. 26.) Die aus Neissers Klinik stammenden Impfungen hatten folgendes Ergebnis: Sichere Streptobazillenreinkulturen riefen bei einem Kronenaffen Geschwüre hervor, die klinisch und mikroskopisch alle charakteristischen Merkmale des weichen Schankers besafsen. Aus diesen Geschwüren gelang es, auf Blutagar Kulturen zu züchten, die beim Menschen wiederum Ulcera mollia erzeugten. Die gleichen Impfresultate erhielt Verfasser bei einem Javaaffen; nur hatten die Inokulationsulcera bei dieser Affenart einen mehr abortiven Verlauf. Es scheint also die Empfänglichkeit verschiedener Affenarten eine verschiedene zu sein.

A. Loewald-Colmar.

Zur Therapie des weichen Geschwürs und seiner Komplikationen, von Árpád Szenczel. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 34.) Um das Ulcus molle in eine einfache granulierende Wunde zu verwandeln, dienten dem Verfasser verschiedene Methoden. Die Glühhitze ist die Normalmethode, wenn keine zu starke reaktive Entzündung, keine akute Lymphangitis besteht, das Geschwür nicht zu grofs ist. Vorher wird mit Benzin gereinigt und 10%ige Kokainlösung 10—15 Minuten aufgelegt, dann Rand und Basis nach Schleich infiltriert. Das Geschwür wird, vollkommen zentripetal vorgehend, verschorft, was danach vollkommen schmerzlos ist. Verband mit Jodoform- oder Vioformgaze. — Dieses Verfahren zerstört sicher das Kontagium, ist von keiner Reaktion gefolgt. Bubonen kommen bei zeitiger Kauterisierung nicht vor; schon vorhandene werden nicht ungünstig beeinflufst. Die etwa nötigen Inzisionswunden werden nicht schankrös. Es bleiben flache, hübsche Narben zurück. — Ganz besonders ist für die Glüheisenbehandlung das serpiginöse Geschwür geeignet. — Die Ätzung mit 25%iger Kupferlösung wird durch Auflegung von mit derselben getränkter Watte bewirkt. Sie macht für 1—2 Stunden Schmerzen und, wenn der Schanker am Präputium sitzt, Rötung und Schwellung. Bei Entfernung der Watte nach 24 Stunden findet man einen klaren, festhaftenden Schorf. Gesunde, selbst epithellose Stellen bleiben unverändert. Die Kupfereinlage ist ein Reagens auf kleine Ulcera mollia. Die Nachbehandlung mufs vor allem Sekretretention verhüten; Borsalbe oder feuchte Verbände sind dazu geeignet. Später Jodoformgaze, Bepinseln mit Jodtinktur. — Kontraindikationen der Kupferbehandlung: Schwellung oder auch nur Druckempfindlichkeit der regionären Drüsen, intrapräputiale Lage der Geschwüre bei vorhandener Phimosis, Unmöglichkeit gutsitzenden Verband anzulegen. Die nach Abstofsung des Kupferschorfs zurückbleibende Wunde heilt doppelt so schnell, wie die nach Anwendung des Glüheisens entstehende. — Kupfergliedbäder mit 1%ige wässeriger Lösung, zweimal täglich je ½ Stunde sind bei nach Applikation des Glüheisens sich einstellenden leichten Rezidiven und mäfsig serpiginösen Geschwüren zu

empfehlen. — Die Ätzung mit Liquor ferri sesquichlorati reizt nie, ist bei multiplen, grofsen Geschwüren am Platze. Sie wird täglich wiederholt, danach Jodoformgaze.

Die Behandlung mit Jodoform oder ähnlichen Pulvern perhorresziert Verfasser ganz. Jedenfalls mufs darüber ein Salbenverband kommen. Diese nicht ätzende, lediglich antiseptische Behandlung wird nur geübt bei vorhandener Phimosis, bei schon gereinigtem Geschwür, bei Bestehen eines starken Ödems, einer Lymphangitis oder Lymphadenitis. Eine hochgradige Phimosis wird mit dem Paquelin unter Lokalanästhesie beseitigt, wenn nicht durch Einführen einer Kornzange und anschliefsende Reinigung das Geschwür zugänglich gemacht werden kann. — Besteht schon regionäre Lymphadenitis, wird am Geschwür der Thermokauter nur angewandt, wenn der Bubo durch Eröffnung oder Punktion angreifbar ist. Im andern Falle wird das Ulcus nur antiseptisch behandelt. — Beim Beginn eines Bubo mufs der Patient zu Bett, die Schamhaare werden rasiert und Eis aufgelegt. Läfst die Schwellung in 2—3 Tagen nicht nach, dann greift man zu Thermophorkompressen. Wo diese nicht zur Resorption führen, kommt folgendes in Frage. Die totale Exstirpation des Bubo ist das Normalverfahren, wenn das Geschwür schon verheilt ist oder unmittelbar nach der Exstirpation mit dem Glüheisen verschorft werden kann, die Haut noch nicht stark fixiert oder eitrig eingeschmolzen ist. Bei mäfsigen Entzündungserscheinungen genügt zur Operation die Schleichsche Anästhesie. Die tieferen Teile werden nach Anheben der Geschwulst schon vor dem Hautschnitte infiltriert. — Die Inzision und Exkochleation wird ausgeführt, wenn die oberflächlichen Drüsen schon zerfallen und die Haut in ausgedehntem Mafse fixiert ist. — Inzision, Gegeninzision und Drainage sind nur am Platze, wenn es sich um eine einzelne, fluktuierende Drüse handelt. Bei kleiner fluktuierender Oberfläche genügt die Langesche Punktion: ganz kleine Öffnung, Irrigation der Höhle, Anfüllen derselben mit 10%igem Jodoformglycerin oder 1%iger Lapislösung. Trockenverband für 5—8 Tage.

Anatomisch bemerkt Verfasser: Die Drüsen der Regio inguinalis und subinguinales bezeichnet man: Nodi inguinales superficiales und Nodi subinguinales superficiales; letztere zerfallen in eine obere und untere Gruppe. Daneben gibt es noch Nodi subinguinales profundi. Der Lymphstrom aus den oberflächlichen Lymphgefäfsen des Penis und den vorderen Teilen des Skrotums ergiefst sich in die obere Gruppe der Nodi subinguinales superficiales, dann meist auf dem Wege der unteren Gruppe der Nodi subinguinales superficiales durch die Fovea ovales in die Nodi subinguinales profundi. (Auffallend ist es, dafs der Verfasser die soviel geübte Ätzung der Ulcera mollia mit Karbolsäure nicht erwähnt. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der Abscesse und Bubonen mit Salpeterlösung, von M. Porosz. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1903. Nr. 33.) Nach Entleerung des Eiters aus Abscessen oder vereiterten Bubonen durch Anlegung einer kleinen Öffnung wird eine 2—3—5%ige Lösung von Acidum nitricum eingespritzt, so dafs die Wände der Eiterhöhlung aufgebläht werden. Die Flüssigkeit wird dann grofsenteils wieder entleert. Am nächsten Tage kommt ein gelbliches, schleimiges Sekret. Die Injektion wird wiederholt. Auf diese Weise gelingt die Beseitigung der Eiterung und die Ausheilung der Höhle in höchstens acht Tagen. Die Patienten können dabei ruhig ihrem Berufe nachgehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das rezidivierende Erysipel, von Variot. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 32.) Kurze Mitteilung über einen Fall von rezidivierendem Erysipel des Gesichts bei einem 14jährigen Mädchen. Die Infektion des Kindes mit den erysipelerzeugenden Streptokokken hatte bei Gelegenheit der Revaccination stattgefunden: von den Impfpocken ausgehend, hatten sich damals in der Haut rote Streifen entwickelt, die sich bis in das Gesicht fortsetzten. Fünf Tage später war zum ersten Male ein Erysipel auf-

getreten, dasselbe hat sich seitdem acht- oder zehnmal wiederholt und zu einer Verdickung der Lippen und der Nase geführt. *Götz-München.*

Zur Behandlung des Gesichtserysipels, von SARCINELLI. (*Rif. med.* 1903. Nr. 37.) Die Behandlungsmethode des Gesichtserysipels, die sich dem Verfasser am wirksamsten und einfachsten erwiesen hat, ist die folgende: der Patient erhält während des ganzen Tages mittels einer Art Maske aus hydrophiler Watte Umschläge, und zwar abwechselnd mit 0,25—0,5 ‰iger Sublimat- und 3 ‰iger Salicylsäurelösung, welche zwei Lösungen alle zwei Stunden abwechseln. Handelt es sich um Fälle mit Blasenbildung, so werden die Umschläge durch Ichthyolvaselin ≡ ersetzt, jedoch in der Weise, daſs diese Salbe nur auf die Stellen appliziert wird, wo sich die Blasen gebildet haben; auf die umgebenden Hautpartien kommen die oben genannten Kompressen. S. benutzt aus dem Grunde nicht ausschlieſslich Sublimat, weil er die Erfahrung gemacht hat, daſs dasselbe die Haut allzu stark maceriert und selbst bis zur Nekrose der Gewebe führen kann. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Elephantiasis scroti et penis, von R. STONEY. (*Brit. med. Journ.* 15. Aug. 1903.) Der Patient zeigte bei der ersten Visite einen fuſsballgroſsen Tumor zwischen den Beinen, so daſs das Gehen sehr erschwert war. Das ganze Skrotum war in eine mächtige, kugelige Masse verwandelt, der Penis gleichsam in eine durch stark verdickte Haut gebildete Scheide eingehüllt. Der Zustand hatte sich allmählich seit zehn Jahren entwickelt.

Durch Operation in Chloroformnarkose wurden die elephantiastischen Verdickungen beseitigt und Skrotum und Penis auf ihren normalen Umfang zurückgeführt. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung der Akne vulgaris mittels Röntgenstrahlen, von LUDWIG TÖRÖK und MORITZ SCHEIN. (*Wien. klin. Rundsch.* 1903. Nr. 37.) Bei Fällen von Akne vulgaris, welche andern Behandlungsmethoden widerstanden, haben Verfasser Röntgenstrahlen angewendet. Das Ergebnis war ein gutes, und zwar besonders wenn eine mittelstarke Reaktion erzielt war. Die Haut heilte ab und blieb auch fernerhin von Akne verschont. — Weder Schälung noch reaktive Hyperämie können die wirksamen Momente hierbei sein. In Betracht kommt zunächst das Ausfallen der Lanugohärchen, wodurch der Abfluſs des Talgdrüsensekretes erleichtert wird. Sicher tritt auch unter Einwirkung der X-Strahlen eine Abnahme der Sekretion ein. Die Haut wird trockener, zuweilen entstehen scharf umschriebene, trockene, schuppende Plaques von Dermatitis. Auch eine geringe Hautatrophie ist beobachtet. Wahrscheinlich tritt in den das Parenchym der Talgdrüsen bildenden Talgdrüsen eine stärkere Verhornung ein. Eine antiparasitäre Wirkung dürfte bei der Akneheilung durch Röntgenstrahlen nicht eintreten. Der Reaktion pflegt eine Vermehrung der Akneknötchen vorauszugehen. Die Behandlung ist dieselbe wie bei der Hyperhidrosis. Zu den Nachteilen gehört die besonders bei braunen Individuen eintretende Pigmentation, welche oft erst nach langer Zeit vergeht, die eventuell auftretende Hautatrophie und die zuweilen sich bildende heftige Reaktion. (Das sind Nachteile genug, um zu allergröſster Vorsicht zu mahnen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine seltene Form von Akne, durch Röntgenstrahlen geheilt, von E. SCHIFF. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 38.) Ein sonst gesunder Mann zeigte an der Oberlippe ein haselnuſsgroſses, derbes, knotiges, an der Oberfläche ulzeriertes Infiltrat gerade vor dem rechten Nasenloch. Die Nase selbst war geschwollen, gerötet, infiltriert, zeigte eine groſse Zahl von Vertiefungen, die offenbar von verödeten Talgdrüsen herrühren. Die Unterlippe ist geschwollen, an der Schleimhaut gerötet, von zwei haselnuſsgroſsen, derben Infiltraten eingenommen, zwischen denen die Schleimhaut rhagadenförmig eingerissen und mit dünnen Schuppen bedeckt ist, welche leicht

exfoliieren. Die Affektion bestand seit sechs Jahren, war verschieden gedeutet. Verfasser faſste sie als eine Akneform auf. Sie heilte nach 20 Röntgenbestrahlungen. (Ob nicht Schwefelpasten u. ähnl. den gleichen Erfolg erzielt hätten? D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Bäcker-Akne, von GALEWSKI-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 38.) G. hat bei 181 hautkranken Bäckergesellen 66 Fälle von Akne und gleichzeitig 27 Fälle von Seborrhoe und seborrhoischem Ekzem konstatiert. Die Zahl der Aknekranken ist aufserordentlich und unverhältnismäſsig groſs im Vergleich zur Zahl der bei andern Gewerben vorkommenden Aknefälle; sie läſst sich dadurch erklären, daſs bei den nicht im Pubertätsalter stehenden Bäckergesellen aufser den schlechten Verhältnissen, unter denen sie gewöhnlich leben, und dem Mehlstaub, dem sie fortwährend ausgesetzt sind, insbesondere die Backofenhitze, eine Prädisposition für das Auftreten von Akne schafft.

Götz-München.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Die Ätiologie der Neoplasmata, von K. W. MONSARRAT - Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 27. Juni 1908.) Der Verfasser resumiert seine Betrachtungen in folgenden Schlufssätzen:

1. Zellaktivität und Zelltypus müssen immer das Resultat einer bio-chemischen Reaktion sein, über deren Grundprinzipien uns EHRLICH und andere Autoren informiert haben.

2. Die Zellproliferation als eine Form der Zellaktivität ist immer das Resultat einer solchen Reaktion. Wenn sie als Folge vermehrter Ausnützung des normalen Nährmaterials stattfindet, so sind die neugebildeten Zellen konform dem Typus der Mutterzellen. Wenn sie der Aktion assimilierbaren Materials von abnormer Beschaffenheit folgt, so sind die produzierten Zelltypen Varianten der Mutterzelltypen.

3. Zellproliferation solcher Varianten findet statt bei gewissen mikroparasitischen Infektionen.

4. Die neuen Zellen dieser Art zeigen verschiedene Grade von Beständigkeit.

5. Bei den Granulomata (Infektionsgeschwülsten) ist ihre Beständigkeit beträchtlich. Bei gewissen Gewächsen, die von infektiösen Stoffen (z. B. das Condylom) herrühren, scheint das Gleichgewicht des neuen Typus beständig zu sein.

6. In den sogenannten echten Geschwülsten entstehen Zelltypen als Varianten der normalen Zellen des Ursprungsgewebes. Auf welche Weise solche Varianten hervorgerufen werden können ist noch nicht klar, daſs sie aber in gewissen Fällen eine Folge der Aktion von Mikroparasiten sind, dürfte wahrscheinlich sein.

7. Diese Zelltypen sind beständig; ihre Beständigkeit rührt von der Fähigkeit her, sich fest aneinander zu heften und das Nährmaterial konform dem Typus zu assimilieren.

8. Bei den einfachen Tumoren sind sie nur lokal beständig, jedoch nicht immun gegen reaktionäre äufsere Einflüsse.

9. Bei den malignen Tumoren besitzen die neuen Zelltypen verschiedengradige Stabilität und Immunität, die wiederum von dem Grade ihrer Fähigkeit, Metastasen zu bilden, abhängt. Die lokale Infiltration und die andern histologischen Charakteristika richten sich nach dem Prinzip der Chemotaxis; die Zellen sind bestrebt, nach jener Richtung hin sich auszudehnen, wo sie ein ihrem Typus konformes Nährmaterial vorfinden.

C. Berliner-Aachen.

Histologische Beobachtungen über die infektiösen Granulome, von Secchi. (*Rif. med.* Bd. XVIII. Nr. 182 u. 183.) Aus seinen Studien über Aktinomykose zieht Verfasser folgende Schlüsse:

Der Aktinomycespilz hat eine pyogene und eine neoplastische Wirkung. Erstere ist nicht ähnlich der der gewöhnlichen Eiterpilze, sie führt keine wahre Eiterung herbei, übt mehr eine chemotaktische Wirkung aus, als ob die Virulenz des Aktinomycespilzes nur von kurzer Dauer sei und bald in reine Reizwirkung übergehe. Ferner hat der Pilz mehr irritative, als nekrotisierende Wirkung, er bildet Granulome mit Epitheloid- und Riesenzellen, erstere freilich in der Minderzahl, so dafs der Tumor als lymphoid imponiert. Er ähnelt so den durch Pseudotuberkelbazillen hervorgerufenen Granulomen und unterscheidet sich von den echten Tuberkelprodukten, die vorwiegend epitheloid sind. Der aktinomykotische Prozefs verbreitert sich durch die Phagocyten; er ähnelt in seiner Bildung den syphilitischen Gummen, vor allem durch die Neigung zum Zerfall. *F. Hahn-Bremen.*

Bakteriologische Untersuchungen bösartiger Geschwülste, von Roberto Alessandri. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. IX. Nr. 33.) 83 maligne Tumoren und neun metastatisch erkrankte Drüsen hat Verfasser bakteriologisch untersucht. Er benutzte glykose- und säurehaltige Nährböden, die sich für die Züchtung der Blastomyceten als besonders geeignet erwiesen haben. Das Resultat war ein völlig negatives. Die mikroskopische Untersuchung ergab regelmäfsig den Befund von Gebilden, die von andern Autoren als Blastomyceten gedeutet werden. — Zweimal wurden polymorphe Gebilde gefunden, Sarcinen, deren Bedeutung nicht klar ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Röntgenbehandlung von Tumoren, von Alfred Exner. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 25.) Drei inoperable Mammakarzinome und ein Melanosarkom hat Verfasser mit Röntgenstrahlen behandelt. Die Umgebung schützte er durch 0,5 mm dicke Bleiplatten. Die Dosierung regelte er mit dem Chromoradiometer von Holzknecht. Er wandte grofse Dosen an, da das Erzeugen von Nekrosen bei so malignen Leiden gerechtfertigt ist, und anders eine Tiefenwirkung bei den stellenweise sehr dicken Tumoren nicht zu erzielen war. Die karzinomatösen Stellen wurden stärker beeinflufst als die normalen. — Eine radikale Heilung war bei den drei Mammakarzinomen nicht zu erwarten, da sie schon zu Metastasen geführt hatten. Im ersten und zweiten Falle wurde hauptsächlich die Umwandlung des jauchenden Krebsgeschwüres in ein gut granulierendes erzielt. Im dritten wurde der ganze, faustgrofse Tumor nekrotisch abgestofsen. — Die vorherige Exstirpation mit dem Messer wäre sehr in Erwägung zu ziehen. Die zurückbleibende Wundfläche müfste dann energisch bestrahlt werden. Natürlich müfste man derartige Wunden offen lassen.

Die Bestrahlung von Melanosarkomen erzielte wiederholt das Verschwinden der Knoten. Als die eingetretene Reaktion im Verschwinden war, sah man wiederholt, dafs, während der Knoten nicht mehr fühlbar war, das Pigment noch dalag, und zwar in gröfserer Ausdehnung als der frühere Knoten. Allmählich schwand auch das Pigment. Nekrose der Haut trat nie ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Diskussion über die Behandlung maligner Geschwülste mit X-Strahlen. (*Brit. med. Journ.* 24. Okt. 1903.) Lewis Jones. Es sind bisher folgende Tatsachen verzeichnet worden:

1. Beim Ulcus rodens kann eine Heilung erzielt werden.

2. In einer Anzahl von Fällen mit ulcerierten, cancerösen Hautstellen ist Heilung beobachtet worden.

3. Erleichterung von Schmerzen in krebsigen Partien ist eine bekannte Erfahrung.

4. Oberflächliche Knoten von zweifellos canceröser Natur verkleinern sich bisweilen beträchtlich unter der X-Strahlenbehandlung.

J. Hall-Edwards hat in frischen Fällen von Epitheliom, bei denen die benachbarten Lymphdrüsen noch intakt waren, mit den X-Strahlen gute Erfolge erzielt. Bei tiefer gelegenen Geschwülsten soll man die X-Strahlenbehandlung nicht zu lange ausdehnen, ohne die operative nachfolgen zu lassen. Durch Zerfall von Geschwulstmassen können leicht Zerfallsstoffe absorbiert werden und zur Toxämie führen, wie Redner in einem tödlich verlaufenen Falle erfahren habe. Neben der lokalen Behandlung soll niemals die allgemeine vernachlässigt werden.

V. H. Rutherford hat das Ulcus rodens mit gutem Erfolge mit X-Strahlen behandelt. *C. Berliner-Aachen.*

Formalin bei der Behandlung des Krebses, von M. Powell. (*Brit. med. Journ.* 30. Mai 1903.) Verfasser hat die Eigenschaft des Formalins, auf Gewebe, verschorfend und härtend einzuwirken, für die Behandlung bösartiger Tumoren verwertet. Ein mit 2%iger Formalinlösung getränktes Stück Lint wird auf den Tumor gelegt und dieser dann mit Baumwollenbatist und Watte bedeckt und verbunden. Alle sechs Stunden soll der Verband erneuert werden. Nach der dritten oder vierten Applikation hört etwaige Absonderung auf, und der üble Geruch ist verschwunden. Der weitere Prozefs ist ein aseptischer. In drei bis sieben Tagen verliert der Tumor die Elastizität, wird bröcklig und empfindungslos; während bis dahin die Applikation ziemlich schmerzhaft war, wird der weitere Gebrauch der Formalinlösung ohne Schmerzen ertragen. Das krebsige Gewebe beginnt, sich unter Bildung einer Demarkationslinie von der gesunden Umgebung zu trennen und loszulösen, und figuriert schliefslich gehärtet als ein Fremdkörper, der mit der Schere oder dem Messer leicht zu beseitigen ist. Die zurückbleibende Wundfläche wird unter den üblichen antiseptischen Mitteln zur Abheilung gebracht. *C. Berliner-Aachen.*

Weitere Beobachtungen über die Behandlung des Ulcus rodens mit X-Strahlen, von J. H. Sequeira. (*Brit. med. Journ.* 6. Juni 1903.) Der Verfasser beschreibt zwei Fälle, bei denen das Ulcus rodens auf dem rechten Nasenflügel bereits seit 20 Jahren bestanden und mit allen möglichen Applikationen und operativen Eingriffen erfolglos behandelt worden war. Das Resultat der X-Strahlenbehandlung war, wie auch aus der beigegebenen Abbildung ersichtlich, ein vorzügliches.

C. Berliner-Aachen.

Weitere Beobachtungen über den Einfluſs der Röntgenstrahlen auf Sarkome, von William Coley-New York. (*New York and Philadelphia med. journ. consol.* 8. Aug. 1903.) Im Anschluſs an eine frühere Mitteilung über zehn Fälle inoperablen Sarkoms, welche mittels Röntgenstrahlen behandelt wurden, berichtet hier C. über seine Erfahrungen an insgesamt 36 Fällen (tabellarisch geordnet, teilweise mit Abbildungen illustriert). Sowohl nach diesen persönlichen Beobachtungen, als dem Studium aus der Literatur hält sich C. für berechtigt zu dem Ausspruche, daſs die Röntgenmethode nur bei inoperablen Fällen angezeigt sei; eine Ausnahme von dieser allgemeinen Regel könnten vielleicht jene Fälle von Sarkom der Extremitäten bilden, bei welchen Operation die Amputation bedeuten würde, und C. glaubt, daſs in solchen Fällen eine kurze kombinierte Behandlung mit X-Strahlen und Toxinen vollständig gerechtfertigt sein würde. Zur Stütze seiner Ansicht führt C. einen Fall an, wo es sich um ein, auch mikroskopisch durch eine Autorität konstatiertes Sarkom der Tibia handelte und vor sechs Jahren mit solchem Erfolg die Antitoxinbehandlung eingeleitet wurde, daſs die Neubildung völlig verschwand und bis jetzt der damalige Patient, ein Farmer, vollständig seiner Beschäftigung ohne weitere Spuren des Leidens nachgehen kann; die einzige dabei in Betracht zu kommende Operation war Amputation des Beines oberhalb des Knies. Die Röntgenstrahlen haben zwar eine ganz entschieden hemmende Wirkung auf die verschiedenen Formen von Sarkom, welche in manchen

Fällen genügt, inoperable Tumoren zum Verschwinden zu bringen, aber es besteht eine ausgesprochene Tendenz zu lokalen oder allgemeinen Rezidiven, so daſs man sich vor Ablauf von vielen Monaten oder von Jahren hüten muſs, ein definitives Urteil abzugeben. Neben der bekannten Gefahr der Verbrennung führt C. auch die zwei weiteren an, daſs a) durch die starke Einwirkung der Röntgenstrahlen auf ausgedehnte, sehr blutreiche Geschwulstmassen viele Toxine oder Zerfallprodukte ins Blut gelangen, wodurch wirkliche Toxämie entsteht, die nach zahlreichen Erfahrungen C.s tödlich sein kann, oder b) auch lebende Geschwulstmassen in entfernte Körperteile verschleppt werden und Metastasen verursachen. Die Einwirkung der Röntgenbestrahlung auf Karzinome ist schlieſslich nach C. auch von weit weniger Erfolg begleitet wie die auf Sarkome. *Stern-München.*

Einige Erfahrungen mit den X-Strahlen in therapeutischer Beziehung. — Bericht über die Heilung eines Falles von alveolärem Melanosarkom, von Edwin Walker. (*Louisville Monthly Journ.* Juli 1903.) Ohne viel Vertrauen an die Radiotherapie herangehend, ist Verfasser durch folgenden Fall ein begeisterter Fürsprecher des Verfahrens geworden. Ein 81jähriger Farmer zeigte auf der rechten Wange einen schwarzen, erhabenen Tumor von ca. 4 cm Durchmesser, welcher unter Kokainanästhesie vollständig im Gesunden exzidiert wurde. Schon nach zwei Wochen traten an der gleichen Stelle kleine Rezidivknoten auf, die sich rapid über den Kiefer nach dem Nacken zu ausbreiteten. Vier Wochen nach der ersten Operation wurde in Narkose zu einem zweiten Eingriff geschritten, der eine Ausbreitung der Geschwulst in die Tiefe bis zu den Vertebralgefäſsen, eine Infiltration des Sternocleidomastoideus usw. ergab, so daſs nach einstündigem Versuch einer Entfernung alles Kranken vom weiteren Vorgehen abgesehen werden muſste. Die Wunde wollte nicht heilen, bedeckte sich mit schmutzigen Granulationen, die Ränder wurden stets infiltriert. Die Affektion hatte sich weit über den Nacken ausgebreitet, als ca. fünf Wochen nach der Operation zu den Röntgenstrahlen als letztem Hilfsmittel gegriffen wurde. Die Bestrahlungen wurden in 15, später 7,5 cm Entfernung 10—30 Minuten lang jeden zweiten Tag, später täglich vorgenommen. Nach zwei Sitzungen traten keine neuen Knoten mehr auf, in zwei Wochen war die ganze Stelle narbig überhäutet; die Infiltration der ganzen Partie schwand langsamer. Nach zwei Monaten war nur noch die Narbe zu konstatieren, der Patient elf Monate später rezidivfrei. Die mikroskopische Diagnose des alveolären Melanosarkoms wurde von zwei andern Seiten bestätigt. — Die im Anschluſs daran unternommenen Experimente haben nur die bekannte Tatsache, daſs die Röntgenstrahlen keine bakterizide Kraft haben, ergeben.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Ein Fall von primärem Melanosarkom des Augenlides, von A. W. Lotin. (*Ruskij Wratsch.* 1903. Nr. 23.) Beschreibung eines primären Melanosarkoms des Unterlides bei einem 26jährigen Bauer, das operativ entfernt und dann mikroskopisch untersucht wurde. *Leo Feuerstein-Bad Hall.*

b. *Benigne.*

Über einen Fall von Epitheliom des Rete Malpighii der rechten Tränendrüsengegend bei einem zwölfjährigen Mädchen, von Magni. (*Il Policlinico.* 1903. Heft 7 C.) Der Tumor war etwa hühnereigroſs und zeigte die Lieblingslokalisation des Gesichtsepithelioms, auſserdem lieferte der Tumor übelriechendes Sekret an der Basis. Was aber die Diagnose schwankend machte, war der Umstand, daſs der Tumor eine regelmäſsige runde Form hatte, in der letzten Zeit sehr rasch gewachsen war, eine teigige Konsistenz zeigte, keine lancinierenden Schmerzen verursachte, und daſs man es mit einem sehr jugendlichen Individuum zu tun hatte. Die mikroskopische

Untersuchung der Geschwulst liefs aber keinen Zweifel bestehen über die Natur der Neubildung. Der Tumor wurde operiert, und das Kind, nachdem der Substanzverlust mit einem Hautlappen aus der Stirn ersetzt worden, nach kurzer Zeit geheilt entlassen.
C. Müller-Genf.

Eigentümliche lymphoide Infiltration der Haut bei einem Knaben, von Chirivino. (*Giorn. ital. delle Sc. med.* 1903. S. 489.) Es handelt sich um einen ca. siebenjährigen Knaben, bei dem sich seit zwei Jahren eine eigentümliche Affektion auf der Kopfhaut auszubilden begonnen hatte. Bei der Untersuchung konstatierte man einen Tumor, welcher in Form eines Ovoids den ganzen oberen Teil des Kopfes einnahm und durch eine Furche in zwei ungleiche Teile geteilt war. Die Oberfläche war glatt, die Haut etwas violettartig verfärbt, die Konsistenz derb elastisch, der Rand regelmäfsig begrenzt. Der ganze Tumor liefs sich auf dem Schädeldache verschieben. Keine subjektiven Beschwerden irgendwelcher Art und keine entzündlichen Erscheinungen. Gleichzeitig bestand eine allgemeine Lymphdrüsenanschwellung (Unterkiefer, Bauch usw.). Der Knabe stammte aus gesunder Familie. Die Lungen und das Herz zeigten keine abnormen Erscheinungen, dagegen war die Leber vergröfsert. Nachdem der Patient Natriumkakodylat innerlich erhalten hatte, besserte sich sein Zustand auffallend rasch, der Tumor auf dem Kopfe verschwand beinahe vollständig und ebenso die Lymphdrüsenschwellungen. Nach einigen Monaten erfolgte aber eine ebenso rasche Verschlimmerung, die diesmal dem Natriumkakodylat nicht mehr weichen wollte. Verfasser verordnete nun Injektionen von Eisenoxyd-Kakodylat, worauf ein sofortiger Schwund der Anschwellungen erfolgte. Die Blutuntersuchung, welche nur ganz summarisch gemacht werden konnte, ergab eine Verkleinerung der roten Blutkörperchen, die etwas bleicher als gewöhnlich erschienen, aber an Zahl nicht abgenommen hatten. Einige Zeit danach erhielt der Verfasser die Nachricht, dafs der Patient gestorben war, nachdem sich Fieber und intestinale Störungen eingestellt, während die Veränderungen im Lymphgefäfssystem bald progressive, bald regressive Phasen gezeitigt hatten. Der Verfasser rechnet seinen Fall zur ersten Gruppe der Klassifikation von Pinkus (Über Hautveränderungen bei lymphatischer Leukämie und bei Pseudoleukämie. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899. Bd. 50, 1 u. 2). Diese lymphatischen Granulationstumoren stellen anatomisch eine Anhäufung von Lymphocyten in den oberen Schichten des Unterhautzellgewebes dar, von wo sie sich über das Derma verbreiten, bis zum subpapillären Gefäfsnetze, wo sie stehen bleibt und die Epidermis frei läfst. In bezug auf die Pathogenese des vom Verfasser beschriebenen Falles schreibt dieser eine gewisse Wichtigkeit dem Umstande zu, dafs der Anfang der Gravidität der Mutter des Patienten mit einem Zeitraume zusammenfiel, wo dieselbe sich in der Rekonvaleszenzperiode eines schweren Typhus befand. *C. Müller-Genf.*

Das Keloid und seine Behandlung, von Darier. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 39.) Nach D. ist die Ursache der Keloidbildung ein Virus, dessen Natur jedoch nicht bekannt ist. Die beste Behandlungsmethode ist namentlich bei sehr harten, wenig schmerzhaften Keloiden die Elektrolyse. In Fällen, in denen diese nicht möglich ist, wendet man am besten Skarifikationen an; dieselben erzielen namentlich bei sehr schmerzhaften Keloiden vorzügliche Resultate, können aber unter Umständen eine Ausbreitung der Keloidbildung zur Folge haben. *Götz-München.*

In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 24. Juni 1903 (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 28) stellt Bergmann einen vor 17 Jahren wegen eines grofsen **Keloids** operierten Patienten vor. Das Keloid safs von der Clavicula bis zum Sternum, wurde exzidiert und die Wunde durch Lappen von der Schulter- und Armgegend gedeckt. Die Heilung erfolgte schnell. Seit der Operation trat kein Rezidiv auf. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Umfangreiches Fibrom des Nervus vagus dexter bei Fibromatosis nervorum, von R. Rubesch. (*Prag. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 39.) Bei einer 52jährigen Patientin mit multiplen Hautfibromen, die unter Erscheinungen gestörter Atmung zugrunde ging, fand man fibromartige Geschwulstbildungen in den beiden Nervi vagi und in zahlreichen Spinalnerven. Die mikroskopische Untersuchung ergab Fibrome und diffuse Bindegewebsvermehrung in den erkrankten Nerven und Nervenfasern in den kleinen Hautfibromen; in den gröfseren waren Nervenfasern nicht mehr nachweisbar. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Beitrag zur Entstehung des Angioma cavernosum, von Josef Szendrö. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 24.) Nach dem Heben schwerer Hanteln entstand in der Schläfengegend eine Geschwulst, die zeitweilig pulsiert haben soll. Bei der nach sieben Jahren vollzogenen Exstirpation erwies sich der Tumor als Angioma cavernosum. Dasselbe war also traumatisch entstanden. Verfasser nimmt an, dafs sie aus einem Varix hervorgegangen ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung sog. inoperabler Gesichtsangiome, von Weischer. (*Centralbl. f. Chir.* 1902. Nr. 30.) Die Geschwulst des 20jährigen Mädchens entstand in der dritten Lebenswoche als kleiner, blauer Fleck und nahm in wenigen Wochen die ganze Wange ein; jetzt nimmt der Tumor die ganze linke Wange und Parotisgegend ein, hat 2 cm unterhalb des Unterkieferrandes seinen gröfsten Umfang und verliert sich allmählich in der Höhe des ersten Trachealringes. Die Geschwulst ist leicht kompressibel, die Haut darüber bläulich, an einzelnen Stellen deckt nur Epidermis blaugefärbtes, kavernöses Gewebe; die Unterlippe ist wulstig entartet, schwillt ebenso wie die Zunge beim Sprechen unförmig an; es handelt sich um ein subkutanes, geschwulstförmiges Angiom im Bereich der Vena facialis communis. Die operative Entfernung ergab ein vortreffliches kosmetisches Resultat. *F. Hahn-Bremen.*

Über das arterielle Rankenangiom des Ohres, von Emil Fleischl. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 35.) Das Angioma arteriale racemosum entsteht durch Erweiterung und Schlängelung der Arterien. Sein häufigster Sitz ist das Ohr und dessen Umgebung. Verfasser schildert einen Fall. Die Pulsation in dem Tumor an der Helix hörte sofort nach Kompression der Carotis auf. Es wurden in Narkose die zuführenden Arterien hinter dem Ohr (Arteria auricularis posterior) und vor dem Ohr (Arteria auricularis anterior) unterbunden, so dafs die Pulsation aufhörte. Dann wurde der Tumor an 30 Stellen mit dem Paquelin verschorft. Gute Heilung.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Zwei neue Fälle von Acanthosis nigricans, von Otto Hess-Marburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 38.) H. beschreibt in Kürze das Krankheitsbild der Acanthosis nigricans und berichtet dann über zwei neue typische Fälle dieser seltenen Affektion. Der eine der beiden Fälle, bei dem sich Pigmentierungen und papilläre Wucherungen in typischer Lokalisation, aber keine Schleimhautveränderungen fanden, war durch starkes Hautjucken ausgezeichnet; er entstand kurz nach der Entwicklung eines Magenkarzinoms bei einem 60jährigen Manne und führte nach 1½ Jahren durch Kachexie zum Exitus. Der zweite Fall, bei dem sich Pigmentierungen und papilläre Wucherungen an den typischen Stellen auf Haut und Schleimhäuten fanden, war kombiniert mit elephantiastischer Verdickung des Unterhautzellgewebes am ganzen Körper; er betraf einen 41jährigen Mann, der nach einem halben Jahre unter Erscheinungen der Herzschwäche zugrunde ging. *Götz-München.*

Über eine gewisse Form von Xanthomen oder „pilzförmige Geschwulst", von W. Moser-New York. (*New York and Philad. Journ.* 10. Okt. 1903.) Im Anschlufs an einen selbst beobachteten, einen italienischen Jungen betreffenden Fall, wo zahlreiche Tumoren von Erbsen- bis Hühnereigröfse, hauptsächlich an Sehnen und Schleim-

beuteln, vorhanden waren und besonders durch ihre hell gelbglänzende Oberfläche äufserlich charakterisiert waren, beschreibt M. diese Art scheinbar gutartiger Neubildung, welche in ihrer ganzen Form usw. verschieden von den meist an den Augenlidern vorkommenden Xanthomen sind. Sie unterscheiden sich von diesen 1. durch die Ausdehnung der Geschwulstmassen, 2. durch ihre Pilzform, 3. durch ihre glatte, glänzende Oberfläche im Gegensatz zu dem meist vielgespaltenen Xanthoma tuberosum, 4. ihre Prädilektionsstelle an Sehnen und Schleimbeuteln, 5. fehlenden Ikterus und Glykosurie, 6. durch ihr Vorkommen im Kindesalter, was bei Xanthoma tuberosum ganz ausnahmsweise der Fall ist, wo die meisten Fälle im mittleren Lebensalter, speziell bei Frauen, vorkommen, und schliefslich 7. durch ihre subkutane Lagerung. Anführung der einschlägigen Literatur (32 Arbeiten) und zwei die obere und untere Fläche der Geschwulst illustrierende Photographien. *Stern-München.*

Ein Fall von Xanthoma tuberosum im Kindesalter, von F. Forday. (*Orvosi hetilap.* 1903. Gyermekgyógyászat Nr. 1.) Bei dem einjährigen Mädchen traten im Alter von drei Monaten über den ganzen Körper zerstreut zitronengelbe Flecke auf, die später sowohl an Anzahl, als an Gröfse zunahmen, bis sie linsengrofs und noch gröfser wurden, in Gestalt von Kugelformen. Dieses Exanthem war hauptsächlich auf dem Gesicht und den Streckseiten der Extremitäten verbreitet. In der Familie kam nie eine ähnliche Krankheit vor, das Kind selbst litt nie an Ikterus, die Leber reichte einen Finger breit über den Rippenbogen, im Harn keine Spur von Zucker. — Das Xanthom im Kindesalter wurde im ganzen in 30 Fällen beobachtet. Der Fall bietet noch insofern ein Interesse, indem nach Abklingen einer croupösen Lungenentzündung während des Aufenthaltes im Hospital der gröfste Teil der Xanthomknötchen sich zurückbildete, und zwar in der Weise, dafs, wie z. B. im Gesicht die Knötchen ganz flach wurden, obzwar noch mit gelblichem Farbenton, auf den übrigen Körperteilen blofs bräunlich pigmentierte Flecke sich zeigten, die nicht vom Niveau der Haut emporragten. Diese ganze Umwandlung dauerte vier Wochen. Die mikroskopische Untersuchung einzelner Knötchen bestätigte die Diagnose. *A. Alpár-Alexandria.*

Xanthelasmoidea bei einem Erwachsenen, von A. Christie Reid-Sheffield. (*Lancet.* 30. Mai 1903.) Eine 21jährige Krankenhausschwester akquirierte bei gutem Allgemeinbefinden eine kleine Blase auf dem Handrücken, welche sie mit einer Nadel aufstach; es entwickelte sich darauf ein auffallend oker-gelber Schorf, und am folgenden Tage trat ziemlich plötzlich mit juckenden Schmerzen am Vorderarm ein anfangs roter, dann oker-gelber Fleck hervor in etwa talergrofser Ausdehnung mit einem etwas erhabenen, hyperämischem Gebiete, das einige kleine Bläschen mit klarem Inhalt trug, an der Peripherie. Im weiteren Verlauf vergröfserte sich diese Stelle bis auf etwa Fünfmarkstückgröfse, und ähnliche, aber ganz unregelmäfsig gestaltete Flecke traten an verschiedenen andern Stellen hervor. Am ursprünglich erkrankten Teile war am dritten Tage eine Venenthrombose im subkutanen Gewebe deutlich zu erkennen, und das Blut zeigte erhöhte Gerinnungsfähigkeit. Nach acht Tagen traten keine neuen Flecke mehr hervor, und unter Darreichung von Acid. citric. verging die Affektion allerdings unter teilweiser Gangrän und Narbenbildung vollständig. Die erhöhte Gerinnungsfähigkeit des Blutes, falls sie nicht eine zufällige Erscheinung war, würde eine wichtige Unterscheidung bilden zwischen Xanthelasma und Urticaria, und man würde den Namen „Urticaria pigmentosa" fallen lassen müssen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

c. *Pigmentanomalien.*

Ein Fall von Bronze-Diabetes, von G. Parker. (*Brit. med. Journ.* 24. Oktbr. 1903.) Der 65jährige Patient war in der letzten Zeit stark abgemagert. Die Untersuchung des Urins ergab einen Zuckergehalt von 5½ %. Bei der Aufnahme im

Februar 1902 zeigte die Körperhaut des Patienten eine dunkle, graubraune, metallische Farbe, die besonders im Gesichte, am Halse und an den Beinen stark ausgeprägt war. Auch die Lippen und die Schleimhäute waren etwas gräulich verfärbt, aber nicht pigmentiert.

Der Fall verlief letal. Die Autopsie ergab hypertrophische Cirrhose der Leber, des Pankreas und der Milz mit enormer Ablagerung von Pigment in allen Organen des Körpers.

Die Leber zeigte histologisch ausgedehnte Cirrhosis. Zahlreiche Pigmentkörner waren sowohl im Bindegewebe, wie auch zwischen den Zellen zerstreut. Die Körner waren rundlich oder unregelmäfsig gestaltet und wiesen ausgesprochene Eisenreaktion auf. Beim Pankreas lag das Eisenpigment hauptsächlich zwischen den Zellen des Parenchyms. Die Nebennieren waren, abgesehen von Pigmentablagerung in der Rinde und hier und da im Mark, gesund.

Hanot und Chauffard waren die ersten, welche im Jahre 1882 den Bronze-Diabetes beschrieben haben. Die Addisonsche Krankheit unterscheidet sich von jenem, dafs das Pigment bei ihr kein Eisen enthält, dafs die Leber und die andern Organe zumeist normal, während die Nebennieren erkrankt sind. Neuere experimentelle Untersuchungen haben ergeben, dafs stark erhöhte Tätigkeit der Nebennieren oder die Injektion von Adrenalin Glykosurie hervorrufen kann, besonders wenn das Pankreas exzidiert oder erkrankt ist.

Diese Befunde geben vielleicht eine Erklärung für das Auftreten so verschiedener Erscheinungen beim Bronze-Diabetes ab. *C. Berliner-Aachen.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Über chronische Beingeschwüre, von F. Ward Langstroth-New York. (*Med. News.* 15. Aug. 1903.) Auf Grund der Beobachtung von nahezu 200 Fällen gibt Verfasser hier einige recht bemerkenswerte Daten über dieses Leiden, welches ihm nicht, wie so vielen Ärzten, eine wahre crux zu sein scheint. Was die Ursachen betrifft, so sind es bekanntlich am häufigsten die Varicen, dann zieht er noch in Betracht Syphilis (Gummata und tertiäre Hautulzerationen der Unterextremität), Trauma, welches variköse Venen trifft, und schliefslich auch Tuberkulose und Lepra, bei welchen jedoch eher von chronischen Hautentzündungen zu sprechen wäre. In therapeutischer Beziehung hebt L. die Wichtigkeit einer richtigen Diagnose hervor, welche von manchem Praktiker oft vernachlässigt würde, ferner sollten alle Arten von Salben und Pasten vermieden und nur die aseptische resp. antiseptische Art der Behandlung in Betracht gezogen, ebenso wie neben der lokalen die allgemeine Behandlung berücksichtigt werden; schliefslich gibt L. den Rat, nicht zu verzweifeln, da Beingeschwüre, welche niemals heilen, sehr selten seien. Die radikale Operation, d. i. Exzision, möchte er niemals vorgenommen wissen, bevor die Geschwüre vollständig geheilt sind. Zur Bandage, dem wirksamsten Unterstützungsmittel der Behandlung, warnt L. vor jeder Art elastischer Binden oder Strümpfe; gewöhnliche Mullbinden seien das beste. Bei sehr torpiden Geschwüren müssen die Oberflächen kürettiert und die Ränder inzidiert werden, wobei das fibröse starre Gewebe durchschnitten wird; es können sich dadurch neue Kapillaren bilden, welche die Blutzufuhr verbessern, und aufserdem kann sich das Geschwür gegen das Zentrum zu konzentrieren. Als antiseptische Lösungen, welche sich zur eigentlichen Geschwürsbehandlung am besten eignen, empfiehlt L. gesättigte Bor- und essigs. Alum.-, ferner 5—10 %ige Ichthyol-Lösung. Die sogenannte rote Mischung, aus Zinc. sulf. 4,0, Aqu. Lavand. 120,0, Aqu. q. s. ad 200,0, soll zur Reinigung der Geschwüre, jedoch mit gewisser Vorsicht gebraucht werden, als Verband-

gaze solche mit Perubalsam, speziell einen Tag um den andern abwechselnd mit voriger. Zur zeitweisen Anregung der Geschwüre sollte hier und da gesättigte Lösung von Kal. permang. angewandt, mit Wasserstoffsuperoxyd abgewaschen und dann ein Verband mit Borlösung auf 24—48 Stunden angelegt werden; auch Arg. nitr. in Stiftform oder in 8—10%iger Lösung mit nachfolgendem feuchten (Bor-) Verband ist ein gutes Stimulans. Lassars Paste (Salizyl-Zinc.) ist gegen die Entzündung der umgebenden Haut sehr empfehlenswert; natürlich, wenn möglich, Bettruhe und Hochlagerung des Beines, ferner sind Massage und Duschen mit abwechselnd heifsem und kaltem Wasser von grofsem Nutzen. Nach Heilung der Geschwüre sollten unausgesetzt elastische Binden getragen, das Bein mit kaltem Wasser geduscht und jeden Morgen und Abend mit Alkohol eingerieben werden. Schliefslich gibt Verfasser zu, dafs man nicht immer nach diesen Methoden zum Ziele komme und zuweilen auch zu Salben und verschiedenen beruhigenden und adstringierenden Pulvern greifen müsse.

Stern-München.

Über die chirurgische Behandlung der Ulcera varicosa cruris, von Braun. (*Gaz. d. Hôp.* Aug. 1903.) Diese Methode, welche vom Verfasser mit bestem Erfolge in vier Fällen von Ulcus cruris und in einem Falle von varikösem Ekzem angewendet wurde, besteht in einer zirkulären, hufeisenförmigen Inzision der Haut des Unterschenkels, welche ungefähr $^3/_4$ desselben umfafst, wobei der antero-laterale Teil freigelassen wird. In diesem Abschnitte des Beinumfanges liegen nämlich weder wichtige Venen noch Nervenäste, deren Durchschnitt von besonderem Vorteile wäre. Nach der Inzision werden die Venen mit Seide unterbunden und die Hautwunde sofort zugenäht. Die Operation wird unter gemischter Anästhesie ausgeführt (Chloroform und Äthylchlorid). *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Geroderma genito-atrophicum, von Bukel. (*Rif. med.* 1903. Nr. 23.) Es handelt sich um ein 16jähriges Mädchen, das sich bis zu seinem sechsten Jahre vollständig normal entwickelte. Zu dieser Zeit machte es einen Sturz und verletzte sich nicht unbeträchtlich an der Stirn. Von diesem Momente an traten eine Reihe von Veränderungen bei dem Kinde ein: das Gesicht nahm ein welkes, greisenartiges Aussehen an, es entstanden Falten um die Mundwinkel, die Haut wurde blafs, atrophisch; eine besondere Veränderung ging an beiden Ohrläppchen vor sich, indem dieselben sich bedeutend zu verlängern begannen, dabei schmaler wurden und sich wie welke, schlaffe, anämische, abgestorbene Anhängsel ausnahmen. Die äufseren Genitalien befinden sich in einem Zustande von Aplasie, die grofsen und kleinen Labien sind ganz atrophisch, dagegen ist die Klitoris bedeutend hypertrophiert und ragt über die Lippen hervor. Die Stimme ist näselnd; der Hämoglobingehalt des Blutes beträgt nur 35 %. Die übrigen Organe sind normal, nur an der Schilddrüse fehlt ein Lappen. Die Behandlung bestand in der Verabreichung von Tyroidintabletten und ergab ein befriedigendes Resultat. *C. Müller-Genf.*

Zur Entstehung der Glatze, von Moritz Schein. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 34.) Ausbreitung, Form, Begrenzung der Glatze beim Manne hängen mit dem Eintritte einer Anspannung der Kopfhaut zusammen, welche eine Folge des dem Manne eigenen Schädelwachstums und des im ersten Mannesalter eintretenden Wachstums des M. epicranius. Pohl-Pinkus hat auf Grund histologischer Vorgänge schon 1875 diese Anspannung der Kopfhaut in richtiger Weise erkannt, die Verdichtung des subkutanen Bindegewebes beschrieben, er hat aber nicht die Differenzen im Schädelwachstum zwischen Mann und Weib, die Rolle des M. epicranius (M. frontalis und occipitalis) erkannt. — Die Vererbung der Neigung zur Glatzenbildung hängt nicht, wie Pohl-Pinkus meinte, von Eigenschaften der Galea, sondern von der Schädelform ab. — Die Folgen der Anspannung der Kopfhaut an die Galea für das Haar

ist nicht eine mechanische, wie POHL-PINKUS ausführt, sondern es kommt durch die Spannung eine Ernährungsstörung zustande, die Haarwurzeln werden schlecht mit Blut versorgt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Entstehung der Glatze, von MEYER. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 36.) SCHEIN bezeichnet als Hauptfaktor für die Entstehung der Glatze das Mifsverhältnis zwischen Knochen und Kopfhaut, die starke Spannung und dadurch bedingte Unterernährung der letzteren. Verfasser geht nun auf eine Reihe von Schädlichkeiten, die dabei mitsprechen, ein. Zunächst ist eine Hauptursache für die Glatzenbildung eine lokale Hyperhidrosis und Hypersekretion der Kopfhaut mit gleichzeitigen Zirkulationsschädigungen, hervorgerufen durch die enge, Luft und Licht ausschliefsende Kopfbedeckung. Das Kurzschneiden der Haare begünstigt das dichte Anliegen der Kopfbedeckung. Die angesammelten Sekrete schädigen die Haarwurzeln. Dykrasien, aus dem Darme stammende Toxine, Verminderung der Schwefelbildung kommen dazu. Gegenüber SCHEIN, der die Glatze gewissermafsen als physiologische Erscheinung bezeichnet, betont Verfasser, dafs es sich um einen pathologischen Vorgang handelt. Der Theorie von SCHEIN räumt er nur eine sehr geringe Bedeutung ein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bemerkungen zu dem Artikel des Herrn Dr. MEYER „über die Entstehung der Glatze", von MORITZ SCHEIN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 40.) Verfasser tritt für seine Theorie, Entstehung der Glatze durch stärkere Anspannung der Kopfhaut, lebhaft ein, widerlegt einige von MEYER erhobene Bedenken. Die von letzterem herangezogenen ursächlichen Momente, Hypersekretion der Drüsen, Kurzschneiden der Haare, dichte Kopfbedeckung, kann Verfasser als bedeutungslos nicht anerkennen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Besondere Fälle von atrophierender Alopecie, von KLINGMÜLLER-Breslau. (*Bollett. delle mal. ven., sifilit., urinarie e della pelle.* 1903. Nr. 4.) Die beiden hier beschriebenen Fälle betreffen zwei Patienten mit chronischem Ekzem des Kopfes, mit besonderer Lokalisation in den Follikeln, so dafs es im Verlaufe der Jahre zu atrophischen Zuständen der Haut mit Ausfall der Haare in Form von Flecken und kreisförmigen Linien kam. Die Fälle wurden nicht mikroskopisch untersucht. Verfasser zählt sie zur allgemeinen Gruppe der „Folliculites atrophisantes" von BROCQ.

C. Müller-Genf.

Weitere experimentelle Untersuchungen über Alopecie und die Lokalisation von Hautkrankheiten, von A. BUSCHKE-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 39.) B. setzt seine Versuche fort an Kaninchen, um den Grund der Wirkung des Thallium aceticum, eine Alopecia areata zu erzeugen, festzustellen. Er versuchte, ob die antihidrotische Wirkung dieses oder ähnlicher Mittel an der Alopecie schuld sei, fand dieses aber nicht bestätigt. Es handelt sich jedenfalls bei der Thallium-Alopecie nicht um eine einfache Intoxikation und allgemeine Schwächung im gewöhnlichen Sinne, sondern um eine spezifische Arzneiwirkung. Auch ergaben die Versuche, dafs die Thallium-Alopecie bei Tieren niemals auf dem Bauch auftritt, sondern immer zu beiden Seiten der Medianlinie, am Kopf, Gesicht, seltener den Extremitäten, während bei den beim Menschen beobachteten Fällen auch ganz diffuse, über den Körper sich erstreckende Alopecie zur Beobachtung gelangte, hieran wurde auch nichts geändert, wenn man durch äufsere Ursachen eine Schwächung des Hautorgans, eine Prädisposition, schaffte. Die Ursache mufs also eine innere sein.

Bernhard Schulze-Kiel.

Indikationen und Resultate der Therapie der Alopecia areata durch Behandlung der Zähne und des Zahnfleisches, von TRÉMOLIÈRES. (*Presse méd.* 1903. Nr. 1.) Die Heilung der Alopecia areata nach Schwinden beziehentlich Beseitigung

der von Zähnen ausgehenden Störungen aller Art, die Hartnäckigkeit der Haarerscheinungen bei ausbleibender Besserung der dentären Prozesse, die Verschlimmerung der Symptome des Haarleidens nach therapeutisch reizender Beeinflussung der Mundsphäre beweisen dem Verfasser den ursächlichen Zusammenhang beider Affektionen. Es handelt sich also bei der Alopecia areata um trophoneurotische Störungen.

Hopf-Dresden.

Über eine neue Art von Lichtanwendung bei der Behandlung des Lupus erythematosus, von NORMAN WALKER. (*Scott. Journ.* Juni 1908.) W. wurde durch einen Studenten, der an Lupus erythematosus der Nase litt, darauf aufmerksam gemacht, daſs dessen Leiden bedeutend besser wurde, wenn er sich beim Fischen in den schottischen Hochlanden den vom Wasser reflektierten Strahlen aussetzte. W. hatte zwar sowohl mit X-Strahlen wie mit FINSENS Licht Resultate, welche beim Lupus erythematosus manchmal gute, zuweilen aber schlechte waren. Um nun die Lichtbehandlung allein anzuwenden (ohne Druck oder Blasenerzeugung), lieſs W. seine Patienten, ca. 1 Fuſs von der Linse des modifizierten FINSEN-Apparates entfernt, 20 bis 30 Minuten täglich oder aller zwei Tagen den Strahlen desselben sich aussetzen. Es waren 6—8 Sitzungen notwendig, bevor irgend eine Veränderung eintrat, aber wenn sich einmal Besserung eingestellt hat, so ging sie gewöhnlich sehr rasch von statten. Besserung trat stets ein, in manchen Fällen waren die Erfolge brillante. In letzter Zeit fügt W. dieser Lichtkur nach Applikationen von Adrenalin hydrochl. (1 : 4000) zu, welche deren Wirkung noch zu erhöhen scheinen. *Stern-München.*

Über die Beziehung der Sklerodermie zu den autotoxischen Erythemen, von S. EHRMANN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1908. Nr. 23.) Die Sklerodermie wird verschieden aufgefaſst, als Trophoneurose, als Erkrankung der Hautgefäſse, als Nachkrankheit infektiöser Leiden, als Folge von Schilddrüsenstörungen. Wenig beachtet sind die der Sklerodermie vorausgehenden Erytheme resp. Urticaria. Einige charakteristische Fälle führt Verfasser an, in welchen die Sklerodermie direkt auf dem Boden des Erythems entstand. Dieses war meistens toxischen Ursprunges, da gesteigerte Darmfäulnis nachgewiesen werden konnte. Schwere Darmstörungen mit Obstipation waren in neun Fällen von zehn vorhanden. Autotoxische Erytheme können ja ähnlich wie Antipyrinexantheme stets an derselben Stelle rezidivieren. Sekundär entsteht an diesen Stellen Sklerosierung und Atrophie des Gewebes. — Ganz gleich liegen die Fälle, in welchem Ödem der Sklerodermie vorausgeht; die Erweiterung der tiefen Gefäſse führt zu Ödem, der oberflächlichen zu Erythem.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Sklerodermie und Myosklerose, von H. GUTH und R. ROSENFELD. (*Prager med. Wochenschr.* 1908. Nr. 31.) Ein achtjähriges Kind zeigt ausgesprochene Sklerodermie, teils im sklerotischen, teils im atrophischen Stadium; daneben Pigmentationen als Reste von Sklerodermieplaques, vielfach durchsetzt mit Teleangiektasien. Sensibilität nur an den atrophischen Stellen etwas herabgesetzt. Ganz besonders interessant aber ist die gleichzeitig vorhandene Muskelatrophie. Die rechtsseitige Gesichtsmuskulatur ist atrophisch, und zwar genau in der Ausdehnung der Sklerodermie der Haut; der rechte Schultergürtel zeigt eine auffallende Volumsverminderung, die rechte obere Extremität ist schwach, auch wieder entsprechend der Sklerodermie. Die ganze linke Unterextremität ist hochgradig atrophisch. Am rechten Bein findet sich nur an der Aufsenseite ein schmaler sklerodermatischer Streifen, während die gesamte Muskulatur atrophiert ist. — Das Bild dieser Muskelatrophien paſst in keine der Typen atrophischer Myopathien. Die vorhandenen Untersuchungen atrophischer Muskeln bei Sklerodermie haben eine Endo-, Meso- und Periarteriitis ergeben, die zu reichlicher Bindegewebswucherung, Verschmälerung und Auseinanderdrängung der

Muskelelemente führte, ohne besondere Degeneration. Die Muskelerkrankung ist also pathogenetisch vollkommen identisch mit der Hauterkrankung. — Einheitliche Veränderungen im Zentralnervensystem als Ursache der sklerodermatischen und myosklerotischen Anomalien sind bisher nicht gefunden. Man betrachtet den Prozefs als vasomotorisch-trophische Neurose, die von allen zahlreichen Zentren vasomotorischer Vorgänge ausgehen kann. Neuere Autoren betrachten dieses Leiden als eine chronische Autointoxikation.

Im Anschlufs hieran schildern Verfasser einen Fall von Sklerodermie, welcher in seinem Verlaufe den Symptomenkomplex der Raynaudschen Krankheit bot. Eine 31jährige Patientin litt jahrelang an anfallsweise auftretender Synkope der Finger, später auch der Zehen, die weifs und gefühllos wurden. Später trat an Stelle der Synkope eine Asphyxie; die Finger wurden blau, auf Druck empfindlich. An der Fingerkuppe bildeten sich kleine rote Stellen, die zu gelblichen Schorfen eintrockneten und mit Hinterlassung von Narben heilten. Als dieses Leiden bereits fünf Jahre bestanden hatte, wurde an den Vorderarmen die Haut glänzend, gespannt, teils teigig, teils derb und schwer faltbar. Während der Anfälle wurde diese abnorme Beschaffenheit deutlicher. Die Anfälle werden durch Eintauchen in warmes Wasser leicht coupiert; die Haut wird dabei zuerst fleckig ziegelrot.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Xanthoma tuberosum diabeticorum, von Edward Pisko. (*New York. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 1.) Der ganze Körper einer Patientin war besät mit lebhaft juckenden Tumoren, die wie Xanthome aussahen. Die Anordnung war zum Teil eine korallenschnurartige. Besonders waren Hände und Füfse ergriffen. Der Harn enthielt 5½ % Zucker. Der Prozefs begann vor sechs Jahren an den Armen mit stark juckenden Knötchen. Die Gesichtshaut blieb frei. Unter antidiabetischer Diät besserte sich der Zustand in kurzer Zeit, aber die Tumoren blieben stationär. (Wenn Verfasser diese Xanthome diabeticorum mit dem Xanthoma planum et tuberosum identifiziert, ist das nicht richtig. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Idioneurosen.

Über Hautjucken, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Ärztl. Prax.* 1903. Nr. 13.) Das Hautjucken ist ein ebenso quälendes Symptom für die Kranken, als ein dankbares Objekt der Therapie für die Ärzte. Der Verfasser geht die Ursachen des Pruritus cutaneus durch. Sie zerfallen in äufserliche und innerliche. Bei ersteren ist zuerst an Dermatozoen und Epizoen der Haut, also an parasitäre Momente zu denken. Unter den Dermatozoen nimmt der Acarus scabiei den ersten Platz ein. Bei der Therapie der Krätze ist darauf zu achten, dafs noch nach Beseitigung des Juckreizes einige Tage mit der Kur fortgefahren wird, um die noch aus der Tiefe der Gänge an die Oberfläche kriechenden Milben abzutöten. Der Zustand der Nieren ist bei jeder Krätzekur zu prüfen. Sind sie nicht intakt, so sind 30 %ige Schwefelsalbe oder Thigenol als Heilmittel indiziert. Gegen Pediculosis empfiehlt der Verfasser nach Gebrauch des Unguentum cinereum Sublimatessig mit Mentholzusatz:

Menthol	2,0
Sublimat.	0,3
Spirit. Aceti aa q. s. ad	100,0

Die wie bei Scabies so auch hier häufig der Therapie folgenden Ekzeme mufs man sorgfältig im Auge behalten. Bei Urticaria infolge von Insektenstichen verwendet Saalfeld folgende Lösung:

Menthol	0,5
Ol. Caryophyll.	1,5
Collod. ricinat.	ad 15,0

Das Menthol kühlt, das Kollodium wirkt kontrahierend und beschränkt die Exsudation.

Von internen Ursachen des Hautjuckens kommen Diabetes, Gicht, Hämorrhoiden, Krampfadern, Varicocelen, Leukämie, Gravidität und Würmer in Betracht. Das Arsen ist bei Pruritus stets mit Vorsicht und Auswahl anzuwenden. Vom Darmtraktus ausgehendes Jucken wird durch Arsenik oft eher vermehrt als behoben.

Hopf-Dresden.

Mifsbildungen.

Über eine angeborene seltene Hautveränderung, von L. R. Müller-Augsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 25.) M. fand durch Zufall auf der Haut einer 32jährigen Frau in ausgesprochen segmentärer Anordnung markstückgrofse, venös-hyperämische, dunkelblaurote Flecke, die durch kleinserpiginöse, nach aufsen konvexe Linien begrenzt, mit arteriell-anämischen, weifsgelben Flecken abwechseln. Diese eigentümliche Veränderung, die als abnorm starke Marmorierung der Haut aufzufassen ist, betrifft den ganzen linken Arm, am rechten Arm nur das vom 1. Dorsalsegment versorgte Gebiet, auf der Brust rechts das 2., 3. und 4. Brustsegment, auf der Brust links aufser dem 1.—4. Brustsegment auch das 4. Cervikalsegment, die linke Achsel und das ganze linksseitige Schulterblattgebiet. Die Marmorierung, die von Geburt an besteht, tritt in der Kälte stärker zutage als in der Wärme, bei ausgesprochen warmer Temperatur verschwindet sie ganz. Die Haut der Patientin weist aufserdem auf der linken Bauchseite etwa von der Höhe des 12. Brustsegments an eine weinrote Farbe auf, die in der Kälte einen blauroten Ton annimmt. Diese Erscheinung, die durch eine gleichmäfsige, kapillarvenöse Hyperämie bedingt ist, erstreckt sich nach vorne genau bis zur Mittellinie, geht auch auf die linke Hälfte des Mons Veneris und auf die linken Labien über, ist nach hinten zwar weniger intensiv, aber doch noch deutlich bis zur hinteren Medianlinie zu erkennen und breitet sich aufserdem über das ganze linke Bein aus. Auch diese Hautveränderung besteht seit Geburt; sie ist wohl als ein angedeuteter Naevus vasculosus aufzufassen.

Der geschilderten segmentär angeordneten Hautmarmorierung, für die M. noch ein zweites, von ihm beobachtetes Beispiel mitteilt, liegt zweifellos eine erhöhte Erregbarkeit der vasomotorischen Organe in der Haut, eine Vasokonstriktion zugrunde. Diese vasomotorische Störung, die in beiden Fällen angeboren war, ist auf eine Entwicklungsstörung zurückzuführen; sie ist trotz ihrer segmentären Lokalisation gleich andern segmentweise auftretenden Entwicklungsstörungen in der Haut, wie z. B. den systematisierten Naevis, vom cerebrospinalen Nervensystem unabhängig.

Götz-München.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Über präperitoneale Flüssigkeitsansammlungen bei Rupturen der Harnwege, von O. Johannsen. (*Zentralbl. f. Chir.* 1903. Nr. 26.) Bei Symphysenruptur mit Harnverhaltung entdeckte Verfasser durch Perkussion eine eigentümliche Dämpfungslinie am Abdomen, die in der Mitte die Form der Blase wiedergab und an den Seiten

zur Spina ant. oss. il. sup. hinzog. Experimentell konnte Verfasser nach Blasenverletzungen an der Leiche diese Dämpfung erzeugen und dann nachweisen, dafs es sich um Flüssigkeitsansammlung im Cavum Retzii handelte: das Peritoneum hob sich eben immer in einer Bogenlinie von der vordern Bauchwand ab. Auch an einem Verletzten mit schwerer Beckenfraktur fand Verfasser seine Diagnose bestätigt und rät daher bei Auftreten derselben nach Verletzung der Harnwege zur sofortigen Eröffnung des präperitonealen Raumes. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Wirkung des Diuretin und Agurin auf die Harnwege, von Anton Mosauer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 27.) Lüthje hat bei 33 Patienten, die Natrium salicylicum nahmen, festgestellt, dafs konstant im Harn pathologische Bestandteile (Epithelien, weifse und rote Blutkörperchen, Zylinder), oft Albuminurie sich einstellt. Verfasser hat dieselbe Untersuchung bei Darreichung von Diuretin (Theobrominum natriosalicylicum) und Agurin (Theobrominum acetosalicylicum) vorgenommen. Patienten mit Nierenleiden und Zirkulationsstörungen wurden ausgenommen. Er fand in einem Teil der Fälle hyaline Zylinder, seltener Albuminurie, sowohl nach Diuretin wie nach Agurin. Es kommt also beiden Mitteln eine nierenreizende Wirkung zu, welche zur Vorsicht bei längerem Gebrauche mahnt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathogenese und Behandlung der Urogenitaltuberkulosen, von Leguen. (*Journ. d. pratic.* 1902. Nr. 27.) Der kurze Aufsatz bringt nichts Neues.

Götz-München.

Die Cystoskopie: Technik und Indikationen, von Léon Imbert. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 32.) Klinische Vorlesung, die Neues nicht enthält.

Götz-München.

Hilfsmittel der cystoskopischen Praxis, von Ferd. C. Valentine. (*New York med. Journ.* 6. Juni 1903.) V., der unermüdliche amerikanische Forscher und Autorität in der Lehre der Cystoskopie, empfand es stets als Übelstand beim Unterricht, dafs den Schülern so schwer der Begriff des umgekehrten Bildes bei der Cystoskopie zu erklären sei. Er konstruierte daher zu diesem Zweck eine Art Schachtelphantom, wodurch in sinniger und sehr anschaulicher Weise das umgekehrte Bild seine Erklärung findet. Die Beschreibung dieses Phantoms, welches den Vorteil bietet, dafs man beim Unterricht kein Cystoskop, keine Wasserfüllung wie bei den gewöhnlichen Phantomen nötig hat, dafs es brauchbarer für die Demonstration und noch dazu aufserordentlich billig ist, ist nur vermittels der beigegebenen Zeichnungen möglich, ebenso wie die des gröfseren Phantoms, welches im Unterricht nach genauer Kenntnis des ersten folgt und das Bild des Blaseninnern, sowie die dritte von Valentine konstruierte Art nachgebildeter Ureterenkatheter. Er warnt davor, das Cystoskop am Lebenden anzuwenden, ehe der Lernende damit vertraut ist, alle Teile des Blasenphantoms zu besichtigen, ohne dafs dessen Wände mit der Spitze des Cystoskops berührt werden; denn die letztere könnte die Schleimhaut in gefährlicher Weise verbrennen, und die blofse Berührung der cystoskopischen Lampe mit der Blasenschleimhaut verändert deren Aussehen und führt zu falschen Schlüssen. Phantome, sowie Ureterenkatheter sind von C. G. Heinemann in Leipzig hergestellt.

Stern-München.

Ein neuer Obturator für das Urethroskop, von J. H. Jacob - New York. (*New York and Philad. med. Journ.* 18. Juli 1903.) J. hält es für einen grofsen Mifsstand, dafs der gewöhnlich bei der Urethroskopie benutzte Obturator nicht imstande ist, die Pars posterior der Urethra zu strecken; Oberländer suchte diesem Übelstande durch seinen Obturator, welcher in gekrümmter Lage eingeführt wird, aber ziemlich kompliziert in der Konstruktion ist, abzuhelfen. Aber das Oberländersche Instrument konnte, wohl aus letzterem Grunde, nicht populär werden und ist auch nicht im-

stande, wenn nicht der Tubus gerade bis zum Sphincter internus eingeführt wird, uns über dessen genaue Lage zu orientieren, so dafs der wichtigste Teil der hinteren Harnröhre, nämlich der Colliculus seminalis, der Beobachtung entgeht. J. konstruierte nun einen sog. Katheterobturator, welcher aus drei Teilen besteht: 1. einem Katheter mit einer zentralen Öffnung, 2. einem Mandrin, auf welchem ein feiner Hochzylinder angebracht ist, und 3. der festen Tube; letztere ist durch den elastischen Katheter besser verschlossen als durch den Metallobturator. Der elastische Katheter resp. dessen Ende hat den grofsen Vorteil, die Krümmung der Harnröhre leicht anzunehmen, ohne dafs besondere Schmerzen oder gar Blutungen, wie so häufig beim starren Instrument, eintreten. Die Streckung der Harnröhre wird durch das Ende des Mandrins, der durch den Katheter gedeckt ist, erzielt; nun wird das Instrument in die Blase eingeführt, der Mandrin teilweise zurückgezogen und der Katheter weit genug herausgezogen, so dafs dessen Ende nur wenig die Tube überragt. Der Mandrin wird nun entfernt, und wenn der Urin auszulaufen beginnt, das ganze Instrument nach aufsen gezogen, bis kein Urin mehr herauskommt; dann sind wir sicher, dafs es am richtigen Platze, d. i. nahe am Sphincter internus, sitzt. Nach Entfernung des Katheters ist die ganze Pars posterior der Urethra für unser Auge sichtbar (s. Abbildungen). Verfasser hat die feste Überzeugung, dafs viele Patienten, deren Beschwerden durch pathologische Prozesse in der hinteren Harnröhre verursacht sind, unter die Kategorie der sexuellen Neurasthenie fälschlicherweise gerechnet, durch genaue Diagnose — wie er es durch sein Instrument erhofft — und richtige Lokalbehandlung aber sicher geheilt werden würden. *Stern-München.*

Weitere Mitteilungen über BARDENHEUERs Hypospadieoperation, von HOFMANN. (*Centralbl. f. Chir.* 1901. Nr. 22.) Bei einem 15 Monate alten Kinde lag das Orificium externum urethrae 4,5 cm von der normalen Stelle nach dem Skrotum hin verschoben; letzteres ist gespalten. Die Operation gelang leicht, nachdem die Harnröhre 4 cm weit bis zum Blasenhalse hin freigemacht war; die Heilung erfolgte gut, zur Hebung des stark nach unten gekrümmten Penis wurde ein Hautlappen aus der Unterbauchgegend nach unten verschoben und zwischen die angefrischten Ränder beider Skrotalhälften eingenäht. Der Fall zeigt, dafs man die Urethra um die gleiche Länge dehnen kann, ohne ihre Ernährung zu gefährden.

F. Hahn-Bremen.

Eine neue Methode zur unblutigen Reposition der Paraphimose, von FRIEDEMANN-Kaukehmen. (*Medico.* 1903. Nr. 39.) Bei der grofsen Übereinstimmung zwischen einem eingeklemmten Bruche und einer Paraphimose (in beiden Fällen der einschnürende Ring und die stark angeschwollenen, entzündlich ödematösen, abgeschnürten Weichteile) und der anerkannten Wirkung des Äthers bei ersterem, empfiehlt F. die Anwendung desselben auch bei Paraphimose aufs wärmste. Da Äther auf Schleimhäuten aber etwas empfindlich wirkt, so mufs man etwas vorsichtiger zu Werke gehen, und F. betupft daher anfangs sacht, später fester die entzündlichen Teile mit einem Wattebäuschchen, das von Äther durchtränkt ist, und läfst schliefslich den Äther direkt auf Eichel und Vorhaut tropfen. Die Schwellung nimmt meist sehr rasch ab, und es gelingt dann sehr leicht die Reposition, wie es in mehreren, recht schwierigen Fällen des Verfassers der Fall gewesen sein soll. *Stern-München.*

Über Penisamputation, von E. HOPMANN. (*Centralbl. f. Chir.* 1903. Nr. 22.) Verfasser sah einen Patienten wieder, dem von BARDENHEUER vor neun Jahren wegen Kankroid der Penis nach der von ihm angegebenen Methode amputiert war. Abgesehen von dem guten Dauerresultat (es war kein Rezidiv aufgetreten), interessiert der Fall wegen des guten funktionellen Resultats. Der 3 cm lang erektionsfähige Stumpf zeigte keine Spur von Striktur, war für 19 Charrière durchgängig und gab

nie Veranlassung zu Harnbeschwerden. Der Hauptpunkt der Bardenheuerschen Operation ist folgender: Man läfst die mit möglichst viel umliegendem Gewebe ausgeschälte Urethra ca. 2 cm aus dem Stumpfe hervorragen und vernäht die Hautlappen an die Basis der freigelegten Urethra, ohne die Schleimhaut mitzufassen; diese krempelt sich dann nach aufsen um, und so erzielt man eine weite Urethralmündung.

F. Hahn-Bremen.

Beiträge zur mechanischen Behandlung der Harnröhrenerkrankungen, von J. Renczs. (*Magyar orvosok lapja.* 1903. Urologia. Nr. 1). Verfasser beschreibt zwei Instrumente, deren eines zur mechanischen Behandlung des chronischen Trippers, das andere zur Dilatation schwer passierbarer Strikturen dienen soll.

1. Der Harnröhrendilatator besteht aus zwei mit Beniquéscher Krümmung gemachten, symmetrisch geteilten Metallsonden, die mittels einer Schraube langsam auseinandergebracht werden können; blofs das vesikale Ende bleibt fix. Das Instrument wird in dreierlei Kalibern verfertigt, die Einführung geschieht wie mit einer Sonde ohne Gummiüberzug. Die Vorteile dieses Dilatators bestehen in folgendem: Das Beibehalten des Prinzips der Sonde, die Benutzung ohne Gummiüberzug, das Vermeiden von Verletzungen, die leichte Sterilisierbarkeit, die Billigkeit und Dauerhaftigkeit.

2. Das für schwer passierbare Strikturen konstruierte Instrument beruht auf einer Kombination der von Maisonneuve und Le Fort konstruierten Leitsonden. Das Instrument besteht aus einem 65 cm langen, filiformen Bougie, welchem, in die Blase geführt, auf das extraurethrale Ende ein katheterähnliches Metallinstrument, dessen vesikales Ende konisch ist, aufgesetzt wird. Dann wird der Metallkatheter über das filiforme Bougie geleitet, bis man in die Blase kommt. Die Vorteile dieses Instruments bestehen in folgendem: Das filiforme Bougie bleibt nicht in der Blase, die Gefahr des Abbrechens des Bougies ist vermieden, beide Teile können leicht sterilisiert werden, die Dauerhaftigkeit und Billigkeit. *A. Alpár-Alexandria.*

Mitteilung über einen Fall von Urinverhaltung infolge von wahrscheinlich traumatischem Verschlufs des Meatus urethrae, von T. W. Parry-Aondon. (*Lancet.* 3. Okt. 1903.) Betraf einen 2½jährigen Knaben. Das Hindernis wurde durch Einführung einer Sonde prompt beseitigt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Incontinentia urinae, von Arthur Neudoerfer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 37.) Einer Patientin war, wohl aus Versehen, an Stelle des Hymen die Urethra an der unteren Wand gespalten worden. Es stellte sich Inkontinenz ein. Diese wurde durch wiederholte Injektion von Vaselin in der Gegend des Blasenhalses und Naht der gespaltenen Urethra schliefslich geheilt. Nach einer Injektion stellten sich Erscheinungen ein, welche auf eine Embolie der Lungen deuteten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Urethritismus, von O. Ziemssen. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1903. Nr. 40.) Ein Patient kann seit der Kindheit nur nach langem Warten in dünnem Strahle urinieren. Er leidet sehr an Erektionen, beim Koitus erfolgt aber keine Ejakulation; es bleibt ein dumpfes Druckgefühl zurück. Ein eingeführtes Bougie läfst sich nur bis zur Pars prostatica bringen. Verfasser nimmt in einem derartigen Falle einen Spasmus der Pars prostatica an und will ihn als „Urethrismus" bezeichnen. Die langsame Dehnung mittels Janetscher Spülungen führte in diesem Falle zur Heilung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Bakterienbefunde in der normalen Urethra des Mannes und den „Syphilisbazillus" Max Josephs, von Hermann Pfeiffer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 26.) Die genaue, mit allen Kautelen vergenommene Untersuchung der Bakterien, welche saprophytisch in der Harnröhre leben, hat Verfasser eine ziemliche Konstanz der Befunde ergeben. Er fand vor allem Angehörige der Diphtheriegruppe,

die er auch kulturell nachwies. Diese Bakterien entsprechen ganz denjenigen, welche Joseph als Syphilisbazillen beschrieb. Diese dürften also wohl nur von Verunreinigungen herrühren. In eingehender Weise kritisiert Verfasser die entsprechenden Veröffentlichungen Josephs und hält dessen Beweisführung für vollkommen hinfällig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neubildungen in der Harnröhre des Mannes, Anführung von drei Fällen, von Joseph E. Morrow-Indianopolis. (*New York and Philad. med. Journ.* 3. Okt. 1903.) Da Neubildungen in der Harnröhre des Mannes keine charakteristischen Symptome haben, so werden sie nur selten diagnostiziert, ebenso wie die drei Fälle M.s Beweise falscher Diagnose darstellen und die Unumgänglichkeit der Urethroskopie, welche allein das Vorhandensein von Neubildungen mit Sicherheit nachweisen kann, darlegt. In dem ersten Falle M.s handelte es sich um einen 49jährigen Mann mit einem grofsen, gestielten Tumor am hinteren Teile der Harnröhre (Fibrom) und einer grofsen Anzahl (über 20) kleinerer, im zweiten um einen 31jährigen und im dritten um einen 42jährigen, mit je einem Fibrom von der Gröfse einer grofsen Erbse resp. Stachelbeere. Im allgemeinen waren die Symptome eitriger Ausflufs, Harndrang, Harnträufeln und -Inkontinenz, Blutungen, zuweilen sehr profuser Natur, sexuelle Hyperästhesie, Impotenz. Während in zweien der Fälle Blennorrhoe ätiologisch eine Rolle spielte, war diese im dritten auszuschliefsen. Die Behandlung kann blofs in operativer Entfernung mit Messer, Schere, der galvanokaustischen Schlinge oder auch in Anwendung stark adstringierender oder kaustischer Mittel bestehen (20%igem Arg. nitr. oder Acid. chrom.), eventuell in Verbindung mit Adrenalin (1 : 1000). Der Weg ist entweder die äufsere Urethrotomie oder, bei genügender Weite, der Urethra der urethroskopische; im ersteren Falle schneidet man direkt auf die Neubildung ein und enukleiert sie mit Messer oder Schere. Genaue Beischreibung der drei auf diese Weise geheilten Fälle nebst operativem Vorgehen. *Stern-München.*

Über einen Fall von Epitheliom der Harnröhre des Mannes, von Borrio. (*Il Policlinico.* 1903. Nr. 8 C.) Der 53jährige Mann hatte sich im Alter von 22 Jahren mit einer Blennorrhoe infiziert, welche in den chronischen Zustand übergegangen war und zu einer Striktur geführt hatte. Die Harnretention erreichte schliefslich einen solchen Grad, dafs zunächst die Dilatation, dann die Urethrotomia interna ausgeführt werden mufste. Als sich dann eine Urininfiltration mit periurethalem Abszefs einstellte, wurde der letztere inzidiert, das ganze periurethrale Gewebe exstixpiert, wobei eine Fistel zurückblieb. Als sich der Patient zum dritten Male zur Operation einstellte, wurde konstatiert, dafs der hintere Abschnitt der Urethra durch ein granulomatöses Gewebe ersetzt war, dessen karzinomatöse Natur mikroskopisch nachgewiesen wurde. Exstirpation, Rezidiv und rasches Wachstum des Tumors; Kachexie, Exitus letalis. Verfasser weist auf die Seltenheit des primären Epithelioms der Harnröhre hin und auf die Schwierigkeit der Diagnose im Beginne der Affektion.

C. Müller-Genf.

Fall von Fremdkörper in der Urethra, von S. W. Plummer-Durham. (*Lancet.* 24. Okt. 1903.) Bei dem 22jährigen, etwas schwachsinnigen Burschen war der Fremdkörper, eine 2⅝ Zoll lange Hutnadel mit grofsem Glasknopf, volle vier Monate in der Urethra resp. dem Perineum gelegen, ohne irgendwelche besondere Beschwerden zu verursachen. Die Entfernung gelang nach Eröffnung der Harnröhre vom Perineum aus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen Hydrodilatator zur Behandlung von Strikturen der Harnröhre, von Peter Bakalbinik-Kiew. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 37.) Zur Behandlungen von Strikturen der Harnröhre, des Oesophagus und des Anus empfiehlt B. seinen Hydrodilatator. Er besteht aus zwei Hauptteilen, der eine derselben ent-

wickelt einen gleichmäfsigen hydraulischen Druck, während der andere zur Aufnahme dieses Druckes bestimmt ist. Der erstere besteht aus einem metallenen Zylinder, in dem sich aus einer Schraube eine Stange mit metallenem Kolben hin und her bewegt. Der Kolben erzeugt, indem er auf das im Zylinder befindliche Wasser drückt, einen gewissen Druck. Der zur Aufnahme des erzeugten Druckes bestimmte Teil besteht aus einem Gummirohr, welches einem Handschuhfinger ähnlich gestaltet ist, und dessen Wandungen durchweg von gleicher Stärke sind. Das Lumen dieser Röhre mufs gleichfalls überall denselben Durchmesser haben. Das Gummirohr, welches unter wachsenden hydraulischen Druck gesetzt wird, vergröfsert sich allmählich im Querdurchmesser und wird dabei sehr hart. Man kann so eine Dehnung um mehrere Millimeter allmählich erreichen ohne Reizung und ohne Wechsel des ein Bougie ersetzenden Rohres. Der Apparat, durch ein Bild veranschaulicht, ist einfach und handlich. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Klinische Beobachtungen bezüglich des Wertes der lineären Elektrolyse für die Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von RAFIN. (*Lyon méd.* 1903. Nr. 38.) Den zahlreichen Erfahrungen R.s zufolge stellt die lineäre Elektrolyse durchaus keine Radikalbehandlung der Harnröhrenstrikturen dar. Sie ist vielleicht etwas weniger gefährlich als die Urethrotomia interna, dafür aber erweist sie sich in manchen Fällen als unmöglich, in denen dann die Urethrotomia interna ohne Schwierigkeit gemacht werden kann. In Fällen, in denen auch die benachbarten Gewebe narbig verändert sind, ist die lineäre Elektrolyse von vornherein kontraindiziert; bei solchen Kranken führt nur die Urethrotomia externa mit Entfernung des Narbengewebes zum Ziel. Wenn die elektrolytische Erweiterung einer Striktur gelungen ist, mufs durch eine methodische Sondenkur noch weiter dilatiert und der erzielte Effekt durch regelmäfsige, in kurzen Zwischenräumen vorgenommene Bougierung aufrecht erhalten werden. *Götz-München.*

Beimpfung und Abimpfung von Kathetern, von GOLDBERG. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1902. Nr. 15.) Um die Ursache der Kathetercystitis festzustellen, hat GOLDBERG die Versuche über Katheterisierung nachgeprüft; er kommt zu dem Schlusse, dafs nur das Einlegen oder Einstellen der Katheter in das Infiziens ein sicheres Mittel ist, die Katheter sicher zu infizieren, und dafs nur das Einlegen und Einstellen der eventuell in Stücke zerschnittenen Katheter in die sterile Kulturflüssigkeit einen sicheren Beweis der stattgehabten Inokulation angibt. Die Flüssigkeiten müssen längere Zeit auch mit dem Innern des Katheters in Berührung kommen. Für die Praxis entsprechen diese Versuche vor allem der Entstehung einer Cystitis durch Einlegen eines nicht exakt sterilen Verweilkatheters. *F. Hahn-Bremen.*

Verfahren zur aseptischen Einführung weicher Katheter, von JAN SWIATECKI. (*Medycyna.* 1903. Nr. 45.) Beschreibung eines bereits in der Gesellschaft der Ärzte in Warschau demonstrierten und seit ein paar Jahren an der chirurgischen Abteilung von KRAJEWSKI und KARCZEWSKI in Warschau geübten Verfahrens. Es besteht in der Einführung des Katheters nicht mittels der bloßen Hand, die selten genügend gereinigt wird, sondern mittels einer gleichzeitig mit dem Katheter ausgekochten Pinzette.

Behufs leichterer Handhabung erscheint es dabei vorteilhafter, statt gewöhnlicher eine gynäkologische Pinzette mit längeren Branchen zu gebrauchen.

Leo Feuerstein-Bad Hall.

Vorrichtung zum aseptischen Selbstkatheterismus aufser dem Hause, von W. HIRT. (*Centralbl. f. Chir.* 1902. Nr. 50.) Verfasser hat einen anscheinend etwas umständlichen, aber anscheinend gut geeigneten Apparat zum aseptischen Selbstkatheterismus erdacht. Der weiche Katheter liegt in einem geschlitzten Metallrohr, in dem er durch Auskochen sterilisiert wird; aus diesem Rohr wird er vermittels einer

in dem Schlitz gleitenden Klemme direkt nach Einführung des Rohres in die Harnröhrenmündung (ca. 1 cm weit) in die Harnröhre und Blase eingeführt.

F. Hahn-Bremen.

Ein Beitrag zur Pathologie und Prognose der Blasenerkrankungen, von Robert Holmes Greene und Harlow Brooks-New York. (*Med. News.* 20. Juni 1903.) In der Absicht, die Häufigkeit der Blasenerkrankungen, wie sie in der allgemeinen Krankenhauspraxis vorkommt, zu bestimmen, wurden 500 aufeinander folgende Autopsien studiert. Von diesen 500 zeigten 107 ausgesprochene Blasenaffektionen, wobei sogar leichtere Grade nicht eingerechnet waren; die häufigste Form war die von ausgedehnter Dilatation [(auf, mehr wie 1000 ccm), welche in 64 Fällen vorkam. 22 der Fälle zeigten akute Cystitis, und eine der häufigeren Erkrankungen (15) war Kontraktion der Blase mit starker Verdickung der Blasenwand, wofür Prostatahypertrophie die häufigste Ursache abgibt; 12 jener Fälle waren mit Dilatation der Blase verbunden. Relativ häufig war Blasenruptur (4 Fälle). Was die Ursachen der Blasenerkrankungen betrifft, so kommen Verfasser zu folgenden Schlüssen: a) Affektionen des Zentralnervensystems, Dilatation verursachend; b) septische Prozesse verschiedener Art; c) Prostatahypertrophie. In all den Fällen, wo Rückenmark oder Zentralnervensystem befallen ist, sollte man frühzeitig und häufig zum Katheterisieren seine Zuflucht nehmen, um die üblen Folgen der Überausdehnung oder die Möglichkeit einer Blasenruptur zu verhüten. Der Zustand der Blase muſs in hohem Grade die Prognose bei operativen Eingriffen zur Hebung von verzögertem oder verhindertem Harnabfluſs beeinflussen, weshalb nicht genug auf die Wichtigkeit der cystoskopischen und anderer Untersuchungsmethoden hingewiesen werden kann. Der Hypertrophie der Blasenwand in den obengenannten Fällen widmeten sich Verfasser mit besonders eingehenden histologischen Untersuchungen (s. die sieben beigegebenen Zeichnungen), und es ergab sich, daſs dieser Zustand durch vier verschiedene Prozesse, für sich allein vorkommend oder kombiniert, bedingt ist: a) Entzündliche Infiltration, b) Zunahme des fibrösen Bindegewebes, c) mäſsige Hyperplasie der Muskulatur, und d) Infiltration durch eine Neubildung; die klinischen Formen hängen davon ab, welche dieser Faktoren vorherrschen.

Stern-München.

Kasuistischer und kritischer Beitrag zur Lehre von der Funktion der Blase und des Mastdarmes, von Eduard Hirt-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 37.) L. R. Müller hat, wie der Verfasser im ersten Teile seiner Arbeit ausführt, in seinen klinischen und experimentellen Studien über die Innervation der Blase, des Mastdarmes und des Genitalapparates zuerst darauf hingewiesen, daſs bei Querschnittserkrankungen des Rückenmarks Blasenlähmung und beständiges Harnträufeln überhaupt nicht vorkommt; es tritt vielmehr bei allen Querschnittsaffektionen, auch wenn der Konus, die Stelle der angenommenen Blasenzentren, selbst zerstört ist, zunächst einige Wochen lang anhaltende Harnverhaltung auf; während derselben wird überhaupt kein Urin spontan entleert; späterhin aber entleert sich die Blase alle paar Stunden automatisch ihres Inhalts. Die Reflexzentren für diese automatische Entleerung müssen auſserhalb des Rückenmarks liegen; sie sind im sympathischen Gangliensystem zu suchen. Auch das reflektorische Zentrum für die glatten Darmmuskeln und für die zur Erektion des Penis führenden Vorgänge befinden sich nach Müller auſserhalb des Marks. Eine Beobachtung H.s, über die er ausführlich berichtet, bestätigt das Ergebnis der Untersuchungen Müllers in allen Punkten. H. fand nämlich bei einem Kinde nach dem Eintritt einer Erkrankung des ganzen Rückenmarksquerschnittes zwischen 2. Lumbal- und 5. Sakralsegment Blasenstörungen genau in der von Müller geschilderten Weise und Reihenfolge. Bei der Sektion fand sich eine ganz kleine Harnblase mit fast kontrahierten, etwa 1 cm dicken Wänden und hasel-

nufsgrofser Lichtung; gelähmt war die Blase also sicherlich nicht. — Die physiologischen Vorgänge bei der Harn- und Stuhlentleerung will H. etwas schärfer als Müller in einen ersten willkürlichen und einen zweiten reflektorischen Teil zerlegen.

Göts-München.

Zur Kenntnis der cerebralen Blasenstörungen und namentlich des Rindenzentrums für die Innervation der Harnblase, von M. Friedmann-Mannheim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 37.) Fr. bespricht L. R. Müllers klinische und experimentelle Studien über die Innervation der Blase, sowie Czylharz' und Marburgs Arbeit über cerebrale Blasenstörungen und berichtet dann über eine eigene Beobachtung, die eine genaue Lokalisation des Rindenzentrums für die Blaseninnervation ermöglicht. Ein achtjähriger, vorher gesunder Knabe wurde von einem herabfallenden Ziegelstein auf die linke Kopfseite getroffen und trug eine zwischen Scheitel und sagittaler Mittellinie befindliche penetrierende Kopfwunde mit leichter Splitterung und deutlicher runder Depression des Schädelknochens davon. Die Knochensplitter wurden entfernt und die Depression möglichst gut aufgerichtet; daraufhin erfolgte glatte Heilung. Der Unfall hatte aufser einem rasch vorübergehenden tonischen Krampf in der rechten Hand nur eine Erschwerung des Urinlassens zur Folge. Aus dieser Erschwerung entwickelte sich nach ca. neun Wochen eine ziemlich komplette, nur bei Nacht aussetzende Incontinentia urinae, die weit über ein Jahr lang unverändert fortbestand, um im Laufe des zweiten Jahres allmählich bis auf geringe Spuren zu verschwinden. Die Stelle der Verletzung entsprach der Grenze des oberen Drittels der hinteren Zentralwindung, und hier liegt, wie aus der geschilderten Beobachtung mit Sicherheit gefolgert werden kann, das anscheinend kleine und eng umgrenzte Rindenzentrum für die Blaseninnervation; dicht daneben befindet sich das Armzentrum. Die Schlüsse, die Fr. bezüglich der Physiologie der Blaseninnervation aus seinem Falle zieht, sind, wie er selbst sagt, unvollständige und rein hypothetische. Immerhin bringt der Fall in gewissem Sinne eine Bestätigung der Müllerschen Auffassung von der Blaseninnervation.

Göts-München.

Über spinale und cerebrale Störungen der Harnblaseninnervation und die Pflege der Inkontinentia, von August Homburger-Frankfurt a. M. (*Ther. d. Gegenw.* 1903. Heft 9.) Verfasser veröffentlicht seine Erfahrungen, die er im städtischen Siechenhause in Frankfurt bei Störungen der Harnblase gemacht hat bei Hämatomyelie, bei syphilitischer Quermyelitis. Abgesehen von spinalen Affektionen begegnete er der automatischen Blasenentleerung auch bei cerebralen Affektionen, und zwar in scharf umschriebenen Grenzen. Er beobachtete, dafs ein Hemiplegiker, dessen Cerebrum, von einer Läsion der kortiko-spinalen, durch die innere Kapsel ziehenden Faserung abgesehen, intakt ist, die nach dem Insult verloren gegangene Beherrschung der Blase wiedererlangt. In diametralem Gegensatze hierzu aber gibt es eine zweite Kategorie von Kranken mit cerebralen Läsionen, die eine spastische Parese beider Beine, ohne oder fast ohne Beteiligung der Arme hatten. Diese Kranken verloren die Beherrschung der Urinentleerung dauernd. Aber sie hatten keine Blasenlähmung, keine kontinuierliches Harnträufeln, sondern es spielte sich derselbe Mechanismus automatischer Entleerung ab, wie bei spinalen Affektionen. Über die Behandlung aller dieser Fälle wird eingehend berichtet und gezeigt, dafs bei richtiger Therapie recht gute Resultate meistens zu erzielen sind.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Fall von hartnäckiger Incontinentia urinae durch Paraffininjektion geheilt, von A. Hock. (*Prag. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 6.) Eine Patientin, die wegen Stein operiert war, litt an Inkontinentia. Die wiederholte Drehung der freipräparierten Urethra nach Gersuny erzielte nur eine Besserung. Heilung trat aber nach

drei Injektionen von je 5,00 Paraffin in der Gegend des Blasenhalses ein. Nur zeitweilig stellte sich ein sehr unbedeutendes Harndrängen ein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen mit Urotropin behandelten Fall von Enuresis nocturna, von Aug. Oberländer. (*New York. med. Monatsschr.* 13. Bd. Nr. 12.) Ein neunjähriger Knabe, welcher an Enuresis litt, wurde durch Urotropin (dreimal täglich 0,3) in kurzer Zeit geheilt. Weitere Fälle zu behandeln, hatte Verfasser nicht Gelegenheit. Er nimmt an, dafs durch das Urotropin der Harn seinen Charakter so verändert, dafs er den Schliefsmuskel nicht so leicht erregt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Enuresis und ihre Behandlung mittels epiduraler Injektionen, von Georg Kapsammer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 29.) Es gibt 1. eine Enuresis symptomatica, bedingt durch pathologisch-anatomische Veränderungen in den Harnwegen oder im Nervensystem; 2. eine Enuresis *κατ'ἐξοχήν*. Nur von letzterer Form ist hier die Rede. Verfasser unterscheidet hier zwei Arten: Bei der ersten ist die Sensibilität der Pars posterior gleich Null, der Tonus des Verschlufsapparates sehr herabgesetzt. Bei der zweiten ist umgekehrt eine Steigerung der Sensibilität und des Tonus vorhanden. Leider ist nicht immer durch die Untersuchung die vorliegende Art festzustellen und deshalb auch nicht die zweckentsprechende Therapie zu finden. — Cathelin hat 1901 eine neue Methode zur Heilung der Enuresis nocturna angegeben: epidurale Injektionen. Es wird die Flüssigkeit in den Kreuzbeinkanal injiziert, und zwar durch die Membrana obturatoria, welche zwischen den Cornua coccygea liegt. Eine 6 cm lange Nadel dringt leicht ein. Es wird auf die Wurzeln der Cauda equina eingewirkt. Verfasser hat bei 25 Fällen die Behandlung durchgeführt, sie sind alle geheilt. Bei sechs Fällen hatte es sich um Enuresis nocturna und diurna gehandelt. Acht Patienten waren nach der ersten, vier Patienten nach der zweiten Injektion gesund, bei den übrigen waren mehr Injektionen (bis 13) nötig. In 14 Fällen wurde Kokain (ca. 5 ccm einer $^1/_4$—$^1/_2$ %igen Lösung) in physiologischer Kochsalzlösung (ca. 10 ccm) injiziert. — Aufserdem hat Verfasser noch sechs Fälle in gleicher Weise behandelt, die Behandlung wurde nicht zu Ende durchgeführt. Sechs Fälle sind noch in Beobachtung. — Ein Unterschied in der Wirkung des Kokains und der physiologischen Kochsalzlösung trat nicht zutage. Unter 300 epiduralen Injektionen gab es nur zweimal eine Reaktion in Gestalt vorübergehenden Erbrechens. — In jedem Falle mache man 2—3 Injektionen in kurzen Intervallen. — Aus den weiteren kritischen Ausführungen des Verfassers sei hervorgehoben, dafs er annimmt, durch das Trauma auf die Bahnen der Sakralnerven, welche den Nervus erigens enthalten, einzuwirken, und wird so reflektorisch der zentrale Tonus des Sphinkter internus wiederhergestellt oder verstärkt.

Die Methode ist ungefährlich, kann ambulant durchgeführt werden und ist wirksam.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Vorübergehende Harnverhaltung infolge von Parese des Detruser vesicae urinariae, von Ernst Kerner. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1903. Nr. 45.) Es gibt Fälle, in welchen meistens nach Zufuhr grofser Flüssigkeitsmengen die Harnblase nicht entleert werden kann, wenn dem sich einstellenden Harndrange nicht sogleich nachgegeben wird. Verfasser führt solche, wohl nicht gar seltene Fälle an, die er durch vorübergehende Detrusorparese erklärt, ebenso wie die Unfähigkeit, den Harn in Gegenwart anderer Menschen zu entleeren, welcher man ja in jeder Sprechstunde begegnet. (Ob hier nicht ein Krampfzustand vorliegt. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein interessanter Fall von Krampf des Sphinkter vesicae urinariae auf medikamentöser Basis, von Ernst Kerner. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1903. Nr. 34.)

Ein Tuberkulöser reagierte auf die Darreichung von Morphium, Dionin, Codein, Heroin regelmäßig mit Krampf des Blasensphinkter, so daß er absolut unfähig war, zu urinieren. Es mußte schließlich auf diese Heilmittel verzichtet werden. Belladonnapräparate wurden vertragen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Experimentelle Untersuchungen über das Rückströmen von Harnblaseninhalt, von Hugo Marcus. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 25.) Die Resultate der angestellten Versuche sind:

1. Ein Aufsteigen von Blaseninhalt ins Nierenbecken konnte häufig festgestellt werden; dieses geschah entweder durch antiperistaltische Ureterbewegungen oder durch Blasenkontraktion bei überdehntem und gelähmtem Ureter.

2. Wurde im Nierenbecken kein Trauma gesetzt, so verteilte sich der injizierte Farbstoff bloß in den Buchten und stieg gelegentlich in die Sammelröhrchen an der Papillenspitze auf, war aber sonst nirgends in der Nierensubstanz anzutreffen.

3. Die Versuche, in denen ein Eintritt von Farbstoff in die Venen beobachtet wurde, sowie die Luftembolieversuche verliefen genau in derselben Weise, wie sie Lewin betrieben hat. Mikroskopisch zeigte sich aber, daß stets ein Trauma des Nierenbeckens stattgefunden hatte.

4. Auffällig war der geringe Druck, durch den bereits derartige Traumen der Nieren zustande kamen.

5. Der Befund korpuskulärer Elemente in fernen Organen hat natürlich keine weitere Bedeutung.

6. Ein Eindringen korpuskulärer Elemente durch die Sammelkanälchen in die gewundenen Kanälchen oder gar in die Bowmannsche Kapsel wurde niemals beobachtet.

7. Die Versuche mit Bakterien lieferten dieselben Resultate wie diejenigen mit Farbstoffaufschwemmungen.

8. Die Schnelligkeit der postmortalen Einwanderung von beweglichen Bakterien aus dem Nierenbecken in die Nierensubstanz hängt in gewissem Grade von der Bakterienart ab. Die Einwanderung erfolgt auf dem Lymph- oder Blutwege, nicht durch die Harnkanälchen.

Die Resultate stehen mit den von Lewin erzielten in bezug auf die Verteilung ins Nierenbecken gelangter, korpuskulärer Elemente im Widerspruch.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Blasentuberkulose, von Victor Bandler. (*Prager med. Wochenschr.* 1903. Nr. 21.) Blasentuberkulose kann entstehen 1. als Teilerscheinung einer Miliartuberkulose, 2. durch Metastase von andern tuberkulösen Herden aus, besonders von Knochenherden, die häufiger dabei in Frage kommen als Lungenherde, und von der Niere usw., 3. primär, d. h. ohne nachweisbaren andern Herd. — Von Interesse ist ein genau beobachteter Fall von Blasentuberkulose, welche sich bei einem kräftigen Menschen entwickelte. Dieselbe hatte zu den schwersten Erscheinungen geführt, heftigen Schmerzen, welche den Patienten zum Morphinisten machten, aszendierender Nierentuberkulose. Als Ultimum refugium wurde die Sectio alta gemacht, wobei eine sehr geschrumpfte, hochgradig tuberkulöse Blase gefunden wurde. Nach Anlegung einer Blasenfistel gingen alle Erscheinungen zurück, der Harn wurde klar, der Patient wurde schmerzfrei und ist noch jetzt, drei Jahre nach der Operation, im vollsten Besitze seiner Kräfte tätig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von einfachem Solitärgeschwür in der Blase, von A. H. Burgess-Manchester. (*Lancet.* 12. Septbr. 1903.) Bei einem 25jährigen Manne fand sich im Anschluß an intensivere Hämaturien bei der Sectio alta ein $^3/_4$ Zoll im Durchmesser

messendes Geschwür an der Basis der Blase, ohne bestimmte spezifische Erscheinungen. Kürettieren und Tupfen mit Karbolsäure führten vollständige Heilung herbei.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Fremdkörper in der Harnblase, von W. O. Roberts-Louisville. (*Louisville Monthly Journ.* April 1903.) Die Fremdkörper, welche in der Blase angetroffen werden, sind zum Teil dort entstanden, zum Teil sind sie von der Bauchhöhle her hineingedrungen, zum Teil sind sie per urethram eingeführt worden. Verfasser gibt Beispiele für diese verschiedenen Möglichkeiten, bespricht die Frage vom ätiologischen Verhältnis von Tumoren der Blase und Fremdkörpern und erwähnt die verschiedenen Abarten der Behandlung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein ungewöhnlicher Fremdkörper in der Harnblase einer Frau nebst einer einfachen Methode der Entfernung desselben, von A. E. Bullock-Leamington Spa. (*Lancet.* 9. Mai 1903.) Eine 50jährige Frau hatte sich mit einem Glaskatheter am Tage vor der Aufnahme den Urin abziehen wollen, wobei derselbe abgebrochen war. B. konnte das in der Blase zurückgebliebene ($1^1/_2$ Zoll lange) Stück prompt entfernen, indem er mittels Katheters und Spritze die Blase mit Flüssigkeit stark anfüllte, alsdann ein Rectum speculum geschlossen in die Urethra einführte und sofort möglichst weit öffnete. Die hinausschiefsende Flüssigkeit riſs das Fragment gewaltsam mit. Nachteile traten nicht hervor. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein in der Urethra und der Blase abgebrochener Katheter. Spontaner Abgang der Fragmente, von Amat. (*Bull. général de thérap.* 1903. Nr. 11.) Kurze Mitteilung über einen Fall von spontanem Abgang zweier in der Blase befindlicher Katheterfragmente; es waren die Stücke eines elastischen Katheters, der zwei Tage vorher bei einer vom Arzte vorgenommenen Katheterisierung abgebrochen war. — Nach der Ansicht A.s kann man, wenn ein elastischer Katheter, dessen Einführung ohne Schwierigkeit vor sich gegangen ist, in der Urethra abbricht, unbedenklich 3—4 Tage warten, ob nicht die Stücke mit dem Urin spontan entleert werden.

Göts-München.

Fremdkörper in der Blase, von Swithin Chandlen-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 16. Mai 1903.) In beiden von Ch. kurz beschriebenen Fällen handelte es sich um Glasröhren (Glas-Federhalter und ein gläserner zerbrochener Katheter), welche bei dem 58jährigen Manne resp. 18jährigen Mädchen in die Blase durch Unvorsichtigkeit geraten waren und in letzterem Falle sieben Monate darin verblieben war. Die Cystoskopie ermöglichte in beiden Fällen die Diagnose und operative Entfernung (Extractio) der auf eigentümliche Weise in die Blase gelangten Fremdkörper.

Stern-München.

Ungewöhnliche Form von Lithiasis der Harnblase; Inkrustation der Schleimhaut mit Harnsäure, von Rafin. (*Lyon méd.* 1903. Nr. 24.) Bei einer 21jährigen Frau, die seit $1^1/_2$ Jahren an Hämaturie, sowie an starker Vermehrung und Schmerzhaftigkeit der Miktionen litt, konstatierte R. mit Hilfe der cystoskopischen Untersuchung auf der roten, ödematösen Blasenschleimhaut zahlreiche, graugelbe, leicht erhabene Flecke, die wie mit feinen Kristallen bestreut aussahen. Die alsbald vorgenommene Sectio alta liefs erkennen, dafs diese Flecke Inkrustationen der Schleimhaut waren; sie wurden zum Teil durch Abreiben mit Tampons beseitigt, zum Teil mit dem scharfen Löffel abgekratzt. Die chemische Untersuchung der entfernten Massen ergab, dafs es sich um Harnsäureinkrustationen handelte. Der Verlauf war ein sehr guter, zwölf Tage nach der Operation war die Wunde verheilt, die Zahl der Urinentleerungen wurde beträchtlich kleiner, Schmerzen verursachten die Miktionen überhaupt nicht mehr. Die acht Monate später vorgenommene cystoskopische Untersuchung ergab, dafs die Blasenschleimhaut leicht verdickt, aber sonst normal war.

Dagegen traten von dieser Zeit ab Schmerzen in der linken Niere und leichte Hämaturien auf, die zweifellos durch Steinbildung verursacht waren und sich nach wenigen Monaten wieder verloren. — Der Fall steht vollkommen vereinzelt da; denn bis jetzt sind nur Inkrustationen der Blasenschleimhaut mit Phosphaten beobachtet worden.

Götz-München.

Über Lithiasis bei Kindern, von Rudolf Thierfeld. (*Prager med. Wochenschrift.* 1903. Nr. 35.) Im Franz-Josef-Kinderhospitale zu Prag wurden in den Jahren 1888—1902 30 Fälle von Urolithiasis aufgenommen. Hiervon gelangten 18 zur Sectio alta. In 6 Fällen gelang die Extraktion mit Pinzette, in 2 war Sectio alta und Sectio mediana notwendig. Zweimal wurde Lithotripsie angewendet; in 2 Fällen ging der Stein nach inneren Medikamenten resp. Katheterismus spontan ab. Nur einmal handelte es sich um ein 13jähriges Mädchen; es hatte sich ein Stein um eine Haarnadel gebildet; sonst waren es nur Knaben. Stets fanden sich an den Genitalien Veränderungen, leichte Ödeme, leichte Exkoriationen, Verlängerung des Präputiums. Einmal war durch das Pressen Mastdarmprolaps entstanden. — Die Blase wurde nach der Sectio alta meistens (16 mal) vollkommen vernäht. In 8 Fällen folgte glatte Heilung, in den übrigen kam es vorher zur Fistelbildung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Prophylaxe der postoperativen Cystitis, von K. Baisch - Tübingen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 38.) Die sicherste Prophylaxe der postoperativen Cystitis ist selbstverständlich die Vermeidung des Katherismus nach Operationen. In Fällen jedoch, in denen der Urin spontan nicht entleert werden kann, werden in der Tübinger Frauenklinik die Urinentleerungen mit gutem Erfolg durch Injektionen von Borglyzerin angeregt. Das Verfahren ist folgendes: am Abend des Operationstages wird, wenn die Patientin nicht spontan uriniert, zunächst ein Nélatonkatheter eingeführt; sobald der erste Tropfen Urin abfließt, wird eine mit 20 ccm einer 2%igen sterilisierten Borglyzerinlösung gefüllte Spritze angesetzt und durch den Katheter langsam in die volle Blase entleert. Gewöhnlich tritt schon nach 5—10 Minuten Harndrang und dann spontane Urinentleerung ein. Die Injektion, die von keinerlei unangenehmen Nebenwirkungen gefolgt ist, muß nur ganz selten wiederholt werden. Wenn, wie dies nach gewissen Operationen die Regel ist, auch diese Injektionen versagen, und der Katheter eingeführt werden muß, dann empfiehlt es sich, die Blase nach jeder Katheterisierung reichlich und gründlich mit 3%iger Borsäurelösung auszuspülen. Die Spülungen müssen so lange fortgesetzt werden, bis der Urin nicht nur spontan, sondern auch vollständig entleert wird. *Götz-München.*

Verschiedenes.

Naturfarbene Photogramme von pathologischen Affektionen. Leitartikel. (*Lancet.* 10. Okt. 1903.) Es sind hier zwei Bilder eines von Dr. Ewart im *Brit. Journ. of Dermat.* beschriebenen Falles von Purpura nebst einem kurzen Krankenbericht wiedergegeben. Das wesentliche Interesse dabei beruht auf der photographischen farbigen Aufnahme, welche in der Tat höchst beachtenswert ist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über neuralgiforme Schmerzen in der Regio pubica und inguinalis bei Plattfuß, von S. Ehrmann - Wien. (*Wien. med. Presse.* 1902. Nr. 50.) Im Laufe der Jahre sind dem Verfasser über 100 Fälle zur Beobachtung gekommen, in denen

über hartnäckige, oft jahrelang andauernde Schmerzen in der Regio inguinalis und pubica geklagt wurde. Die Schmerzen strahlten nicht selten in die Hoden und in die Innenseite der Oberschenkel aus und wurden von den Patienten fast regelmäßig auf die Genitalien bezogen, gleichgültig, ob früher einmal eine Genitalerkrankung vorgelegen hatte oder nicht. Der Sitz der Schmerzen wurde oft in die Leistendrüsen verlegt, wenn diese auch ganz klein und unempfindlich waren. Objektiv fand sich weder in der Haut, noch in den Muskeln, noch in den Lymphdrüsen irgend eine Veränderung, dagegen konnte fast stets bei Rückenlage eine auf Druck schmerzhafte Stelle in der Gegend des horizontalen Schambeinastes oder gegen das Foramen obturatorium hin festgestellt werden. Alle diese Kranken litten an Plattfuß, und die Schmerzen verschwanden, sowie ein passender Schuh getragen wurde. Verfasser macht auf diesen bisher nicht beobachteten Zusammenhang aufmerksam und weist nach, daß diese Schmerzen eine Folge der durch den Plattfuß bedingten Abduktionsstellung der Beine sind. *A. Loewald-Kolmar.*

Berufsgeheimnis, von Hoerning-Guben. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 23.) Frau N. hatte ihren Schwiegervater auf Schadenersatz verklagt, weil er seinem inzwischen verstorbenen Sohne die Erlaubnis zum Heiraten erteilt hatte, obwohl ihm bekannt war, daß der Sohn an Lues litt, und weil sie infolgedessen angesteckt zu sein behauptete. Der Schwiegervater gab an, der Arzt, der den Sohn behandelt hat, habe ihm ausdrücklich erklärt, daß der Sohn geheilt sei und heiraten könne. Die Frau behauptete das Gegenteil. Beide beriefen sich auf die Aussage des Arztes, der aber eine Aussage unter Berufung auf die entsprechenden Gesetzesparagraphen verweigerte. In der ersten Instanz vor dem Landgericht wurde die Zeugnisverweigerung des Arztes nicht anerkannt, die Berufung an das Reichsgericht aber hatte einen für den Arzt günstigen Ausgang. *A. Loewald-Kolmar.*

Jahresbericht der Amtsärztin Dr. Th. Krajewska in Sarajevo für das Jahr 1902. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 38.) Der interessante Bericht enthält manches über die Ausbreitung der Lues in Bosnien, die Indolenz der Einwohner gegen die meistens auf extragenitalem Wege verbreitete Krankheit. Dadurch, daß es der Verfasserin gelungen ist, die Kranken zur ambulatorischen Behandlung heranzuziehen, erreicht sie gute Erfolge. — Für Ausbreitung der Schutzpockenimpfung ist Verfasserin auch sehr tätig gewesen; sie hat 2912 Impfungen, meistens an mohammedanischen Frauen, ausgeführt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zwei kleinere Beobachtungen aus der Praxis, von Ludwig Merk. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 39.)

Unerwartet lange dauernde Ölretention in der Harnblase. Bei einer Frau mit blennorrhoischer Cystitis wurde durch den Katheter neben eitrigem Harn auch Öl entleert, nachdem zehn Tage vorher eine Orthoform-Ölemulsion eingespritzt war.

Ein Fall von Phosphathidrosis. Ein 20jähriges Mädchen litt am Stamm, Nacken, Armen, Unterextremitäten an einem Ausschlag, der aus linsengroßen, scharf begrenzten, schuppenden Flecken bestand, die blaßrosa oder gelblich aussahen. Mikroskopisch fand Verfasser zwischen den Hornzellen und in den Schweißdrüsenausführungsgängen stark lichtbrechende, eigenartige Körnchen von lichtbrauner Farbe, die sich in Essigsäure rasch lösten. Der Harn reagierte fast neutral, war durch Phosphate stark getrübt. Es handelte sich um Phosphatschweiße. Reine Fleischdiät, Pepsin und Salzsäure, reichliche Muskeltätigkeit brachten schnelle Besserung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 38. No. 3. 1. Februar 1904.

Aus Dr. Unnas Dermatologikum in Hamburg.

Die wirksamen Bestandteile der polychromen Methylenblaulösung und eine Verbesserung der Spongioplasmafärbung.

Von

P. G. Unna.

Die neueren Arbeiten über das Wesen der Färbung mit der von Romanowsky angegebenen Methylenblau + Eosinmischung haben auch zugleich auf die von mir angegebene polychrome Methylenblaulösung[1] einiges Licht geworfen. Nocht[2] fand, dafs ein Zusatz der letzteren zu der von Romanowsky angegebenen Mischung erst das Gelingen der Kernfärbung der Malariaparasiten sichert, und Michaelis[3] sah das Wesen beider Färbungen in der tinktoriellen Wirksamkeit des gleichen Farbstoffs, nämlich von Bernthsens Methylenazur.[4] Freilich dient die polychrome Methylenblaulösung dem Studium des Granoplasmas und Spongioplasmas, und Romanowskys Mischung dem der Malariaparasiten, und beide Färbungsmethoden haben anscheinend nichts weiter gemein, als eine eigentümliche Rotfärbung, dort der Mastzellen, und hier des Kernchromatins der Parasiten, wobei es noch sehr die Frage ist, ob diese beiden rätselvollen Rotfärbungen unter sich als identisch erachtet werden können. Bei näherer Betrachtung haben aber beide, empirisch auf verschiedenen Arbeitsgebieten gefundene und bewährte Farbmischungen doch mehr Berührungspunkte. Sie gehen beide vom Methylenblau aus und enthalten beide Methylenazur. Ja, Michaelis geht neuerdings so weit, anzunehmen, dafs in der polychromen Methylenblaulösung keine Spur von Methylenblau färberisch mehr wirksam, dafs sie mithin praktisch als eine reine Azurlösung anzusehen sei. Diese Behauptung fiel mir auf, da eine früher von Grübler

[1] Unna, Über die Reifung unserer Farbstoffe. *Zeitschr. f. wiss. Mikr.* 1892. S. 477.

[2] Nocht, Zur Färbung der Malariaparasiten. *Centralbl. f. Bakteriol.* 1898. Nr. 22.

[3] Michaelis, Das Methylenblau und seine Zersetzungsprodukte. *Centralbl. f. Bakt.* 1901. S. 768.

[4] Bernthsen, Studien in der Methylenblaugruppe. *Liebigs Annalen.* 1885. S. 175.

bezogene Probe von Methylenazur (Bernthsen) mir nicht dieselben Resultate geliefert hatte wie die polychrome Methylenblaulösung, und veranlafste mich, dieser Frage näher zu treten.

Inzwischen hat Giemsa[5] die Methode der Methylenazurdarstellung verbessert, und das reine auf diese Weise hergestellte salzsaure Methylenazur ist bei Grübler erhältlich. Herr Giemsa war so freundlich, mir aufser diesem Farbsalze noch andere, von ihm rein dargestellte Verbindungen des Methylenazurs zur Verfügung zu stellen und mich mit Ratschlägen in betreff ihrer Verwendung zu unterstützen, wofür ich ihm an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank sage. Ich war dadurch in die Lage versetzt, mir über die Beziehungen des Methylenazurs zur polychromem Methylenblaulösung ein selbständiges Urteil zu bilden.

Der besondere Vorzug der polychromem Methylenblaulösung besteht bekanntlich einerseits in der Vielfarbigkeit, mit welcher sie alle Bestandteile des tierischen Gewebes gleichzeitig anfärbt, anderseits in der Reinheit der zurückbleibenden Farbenkontraste nach einer zweckmäfsig geleiteten Entfärbung. Die sachgemäfse und vorsichtige Ausfärbung eines einzelnen Schnittes entspricht daher schon einer ganzen Serie tinktorieller Reaktionen. Wollen wir daher eine neue Farbflotte daraufhin prüfen, ob sie mit der polychromen Mythylenblaulösung identisch sei oder nicht, so können wir das mit ebenso grofser Leichtigkeit wie Sicherheit. Denn nur wenn die Färbungen aller einzelnen Gewebsbestandteile mittels dieser Farbflotte genau so ausfallen wie bei der bekannten Färbung mit polychromer Methylenblaulösung, können wir mit Recht behaupten, dafs jene mit dieser identisch ist.

Als solche für die polychrome Methylenblaulösung wesentlich in Betracht kommende Gewebsbestandteile nenne ich: die Plasmazellen, die atrophischen Plasmazellen, die Mastzellen, die Epithelzellen, das Spongioplasma der Bindegewebszellen und Talgdrüsenzellen und endlich auch das Kollagen, insofern es bei der richtig ausgeführten Entfärbung mit Glycerinäther vollkommen entfärbt sich abheben mufs. Diese als Kriterien dienenden Objekte finden sich alle beieinander in Schnitten des Rhinophyms, die mir deshalb zu dieser Versuchsreihe dienten. Das betreffende Gewebe war in reinem Alkohol gehärtet, die Schnitte wurden einerseits mit polychromer Methylenblaulösung (Grübler), anderseits gleichzeitig und unter sonst absolut gleichen Bedingungen mit der zu prüfenden Farblösung gefärbt und mittels derselben Glycerinäthermischung entfärbt. Der Übersichtlichkeit wegen habe ich die Resultate zunächst in einer Tabelle zusammengestellt. In derselben bedeutet × eine gute, ×× eine sehr gute Färbung und o vollkommene Entfärbung (durch die Glycerinäther-

[5] Giemsa, Färbemethoden für Malariaparasiten. *Centralbl. f. Bakt.* 1902. S. 307.

mischung). Die erste Färbung (1)[6] ist die typische mit polychromer Methylenblaulösung (2 Minuten, dann Abspülung in Wasser; Entfärbung in Glycerinäthermischung 1 : 4 Wasser, ½ Minute; langes Abspülen in Wasser; Alkohol; Bergamottöl). Alle weiteren Färbungen sind genau nach dieser Vorschrift ausgeführt (2—18). Blaurot bedeutet: mehr rot als blau, violettblau: mehr blau als violett u. s. f.

Vergleicht man die tinktorielle Reaktion der polychromen Methylenblaulösung (1) mit derjenigen einer (½%igen) wässerigen Lösung von salzsaurem Methylenazur (2), so fällt sofort die viel farbschwächere und monotonere Reaktion der letzteren auf; insbesondere fehlen die violetten Töne im Bilde. Die Plasmazellen sind weniger dunkelblau, die atrophischen Plasmazellen und das Spongioplasma nur schwach angedeutet, die Mastzellen sind blaurot statt dunkelrot, halten also das Blau fester. Von einer Identität dieser reinen Methylenazurfärbung mit derjenigen der polychromen Methylenblaulösung kann mithin nicht die Rede sein.

Das Bild ändert sich aber, wenn man — nach Analogie der Darstellung meiner polychromen Methylenblaulösung — etwa 1% Pottasche der Lösung von salzsaurem Methylenazur zumischt, wodurch dieselbe nicht ausgefällt aber violett umgefärbt wird (3). In dieser dunkelvioletten Lösung färbt sich der Schnitt blauviolett, zeigt dunkelviolettblaue Plasmazellen; die atrophischen Plasmazellen und das Spongioplasma werden grauviolett und die Mastzellen rot; letztere beginnen aber allerdings in Balsam bald abzublassen. Immerhin erzielt diese Lösung schon ähnliche Färbungsresultate wie die Vergleichslösung 1. Die nächste Frage war mithin, ob diese Verbesserung der Färbung vielleicht durch das in der Mischung entstehende Methylenazurkarbonat bedingt sei.

Die Färbung der Schnitte mit einer Lösung (4) des rein dargestellten kohlensauren Methylenazurs (Giemsa) fällt jedoch wieder blauer, weniger violett und im ganzen heller aus als die mit polychromer Methylenblaulösung. Die atrophischen Plasmazellen und das Spongioplasma sind nur ganz schwach gefärbt, letzteres entbehrt des violetten Stichs; die Mastzellen halten das Blau neben dem Rot fest und erscheinen blaurot statt reinrot. Es fehlt mithin der Azurkarbonatfärbung ebenso wie der Azurhydrochloratfärbung eine violette Komponente, die in der polychromen Methylenblaulösung vorhanden ist. Die Plasmazellen treten nicht so stark hervor, die Mastzellen in nicht so reinroter Farbe; zum Studium der so wichtigen atrophischen Bröckel der Plasmazellen und des Spongioplasmas der Bindegewebszellen überhaupt ist auch die Azurkarbonatfärbung nicht brauchbar.

---

[6] Die eingeklammerten Zahlen beziehen sich auf die Nummern der Färbungen der Tabelle.

Farblösungen	Makroskopische Schnittfarbe	Plasmazellen	Atroph. Plasmazellen	Mastzellen	Epithelprotoplasma	Spongioplasma	Kollagen
1. Polychrome Methylenblaulösung	blauviolett	×× dunkelblau	×× blau	×× dunkelrot	× violett	× grauviolett	o
2. 1/2 %ige wässerige Lösung von salzsaurem Methylenazur	blau	blau	schwachblau	blaurot	blau	sehr schwach blau	o
3. Mischung von salzsaurem Methylenazur (1/2 %) mit Kalikarbonat (1 %)	blauviolett	×× dunkelviolettblau	grauviolett	rot, später o	× violett	× grauviolett	o
4. 1/2 %ige wässerige Lösung von reinem Methylenazurkarbonat (Giemsa)	blau	blau	schwachblau	blaurot	blauviolett	schwach blau	o
5. Mischung von kohlensaurem Methylenazur [Giemsa] (1/2 %) mit Kalikarbonat (1/2 %)	blauviolett	×× dunkelviolettblau	× blauviolett	rot, später o	× dunkelviolett	× grauviolett	o
6. Mischung von kohlensaurem Methylenazur [Giemsa] (1/2 %) mit Natronkarbonat (1/2 %)	blauviolett	×× dunkelviolettblau	× blauviolett	rot, später o	× dunkelviolett	× grauviolett	o
7. Mischung von kohlensaurem Methylenazur [Giemsa] (1/2 %) mit Kaliumchlorid (1/2 %)	schwach blauviolett	× violettblau	o	rot, später o	grauviolett	o	o
8. Mischung von kohlensaurem Methylenazur [Giemsa] (1/2 %) mit Natriumchlorid (1/2 %)	schwach blauviolett	× blau	o	rot, später o	grauviolett	o	o

9. Mischung von kohlensaurem Methylenazur (1/2 %) mit K_2CO_3 (1/2 %) und KCl (1/2 %)	schwach violett	×× dunkelblauviolett	× violett	o	× dunkelviolett	× grauviolett	o
10. Mischung von kohlensaurem Methylenazur (1/2 %) mit K_2CO_3 (1/2 %) und NaCl (1/2 %)	schwach violett	× dunkelblau	× blau	rot, später o	× violett	× grauviolett	o
11. 1 %ige Lösung von Methylenviolett	graugrünlich	o	o	graugrünlich	o	o	o
12. Mischung von kohlensaurem Methylenazur [Giemsa] (1/2 %) und Methylenviolett (1/2 %)	hellgrauviolett	hellblau	o	× blaurot	graublau	o	o
13. Mischung von Azurkarbonat (1/2 %) mit Kalikarbonat (1/2 %), NaCl (1/2 %) und Methylenviolett (1/2 %)	schwach violett	×× dunkelblauviolett	×× blauviolett	dunkelrot, später o	× violett	×× violett	o
14. Mischung von Azurkarbonat (1/2 %) mit Kalikarbonat (1/2 %), KCl (1/2 %) und Methylenviolett (1/2 %)	schwach violett	×× dunkelblauviolett	× blau	rot, später o	hellviolett	×× grauviolett	o
15. Mischung von Azurkarbonat (1/2 %) mit Kalikarbonat (1/2 %) und Methylenviolett (1/2 %)	blauviolett	×× blauviolett	× blauviolett	dunkelrot, später o	× violett	×× violett	hellbläulich
16. Mischung von Azurkarbonat (1/4 %) mit K_2CO_3 (1/4 %), Glycerin (50 %) und maximalem Zusatz von Methylenviolett	dunkelviolett	×× dunkelviolett	×× blauviolett	schwach rot bis o	× dunkelviolett	××× violett	hellviolett
17. Formel A.	grauviolett	××× dunkelviolett	×× violett	× rotviolett	× dunkelviolett	××× blauviolett	×× bläulichbraun
18. Formel B.	orceinrot	×× dunkelviolett	× violett	× rot	× violett	××× hellviolett	×× orceinrot

Sehr verbessert wird die Färbung mit Azurkarbonat jedoch und der mit der polychromen Methylenblaulösung viel näher gebracht durch einen seiner Lösung zugesetzten Überschufs an Kalikarbonat (etwa ½%). In dieser alkalischen Mischung (5) wird der Schnitt als ganzes mehr violett. Besonders verbessert wird die Färbung der grofsen und atrophischen Plasmazellen und des Spongioplasmas. Die Mastzellen werden mehr reinrot; aber dieses Rot ist unbeständig (wie in 3).

Der Ersatz der Pottasche durch Soda als Zusatz zur Azurkarbonatlösung verändert das Resultat nicht wesentlich (6), so dafs sich auch diese Mischung (6) ebenso wie die vorige (5) von den bisher betrachteten Lösungen am meisten der polychromen Methylenblaulösung[7] nähert. Hieraus geht hervor: 1. dafs der Überschufs von kohlensaurem Alkali in letzterer für das Zustandekommen der Färbung unerläfsliche Bedingung ist, und 2. dafs der Körper, welcher die Polychromie (Blau-Violett-Rot) der Färbung bedingt, ein aus Methylenblau durch den Zusatz von Kalikarbonat erzeugtes: **Methylenazurkarbonat in Lösung von kohlensaurem Alkali** ist. Aus der unten erwähnten Vorschrift für die polychrome Methylenblaulösung erklärt sich hiernach sehr einfach die Güte der letzteren für die Darstellung der Plasmazellen und Mastzellen; sie enthält eben Methylenazurkarbonat nebst einem Überschufs von Kalikarbonat.

Weitere Versuche in derselben Richtung zeigten, dafs man, ohne die Güte der Farbmischung zu beeinträchtigen, den Zusatz von Kalikarbonat noch erhöhen kann bis zu dem Punkte, wo eine Fällung des Azurkarbonats eintritt. Unterhalb dieser Grenze verhalten sich die vier Mischungen:

Methylenblauhydrochlorat + Kalikarbonat (1)
Methylenazurhydrochlorat + Kalikarbonat (3)
Methylenazurkarbonat + Kalikarbonat (5)
Methylenazurkarbonat + Natronkarbonat (6)

in den wesentlich für uns in Betracht kommenden tinktoriellen Reaktionen nahezu gleich und jedenfalls bedeutend ähnlicher, als die polychrome Methylenblaulösung (1) auf der einen und die reinen Lösungen von

Methylenazurhydrochlorat (2) und
Methylenazurkarbonat (4)

auf der anderen Seite. Es kommt mithin für die Färbung dieser Gewebselemente und vor allem für die Farbensättigung derselben auf einen Überschufs der Lösung an Pottasche (oder Soda) an (etwa ½%).

---

[7] Meine ursprüngliche Vorschrift der polychromen Methylenblaulösung für die Darstellung der Plasmazellen und Mastzellen lautet: Methylenblau 1, Kalikarbonat 1, Aqua destillata 100. *Zeitschr. f. wiss. Mikr.* 1892. S. 483.

Da bei den chemischen Umsetzungen innerhalb dieser Lösungen, die wir, wenn sie langsam unter dem Einfluſs des Alkalis des Glases und der Kohlensäure der Luft geschehen, mit dem Worte: Reifen bezeichnen, KCl (oder NaCl) frei wird und in der polychromen Methylenblaulösung gemäſs ihrer Darstellung vorausgesetzt werden muſs, prüfte ich weiter Mischungen von Methylenazur mit Chloralkalien. Durch einen entsprechenden Zusatz von Chloralkalien (7) wird aber die Färbung mit Methylenazurkarbonat nicht verbessert, sondern abgeschwächt und verschlechtert. Einigermaſsen gut sind nur noch die groſsen Plasmazellen gefärbt, die atrophischen Plasmazellen und das Spongioplasma sind ganz ungefärbt. Bei Zusatz von KCl (7) sind die Plasmazellen etwas violetter als bei Zusatz von NaCl (8).

Da in der polychromen Methylenblaulösung offenbar neben kohlensaurem Methylenazur und einem Überschuſs von kohlensaurem Kali auch etwas KCl verhanden ist, wurden sodann Mischungen von kohlensaurem Azur, kohlensaurem Kali und KCl (NaCl) zum Vergleiche herangezogen (9 und 10). Gegenüber den einfachen Mischungen des Azurkarbonats mit Alkalikarbonaten (5 und 6) zeigen die weiter mit Chloralkalien versetzten Mischungen (9 und 10) keine wesentlichen Veränderungen; nur färbt die KCl-haltige durchweg alles etwas violetter als die NaCl-haltige. Die Mastzellen werden durch beide Mischungen (9 und 10) energisch angegriffen; besonders rasch schwindet die rote Körnung bei Färbung mit der KCl-haltigen Farbflotte (9). Diese Hinfälligkeit der roten Mastzellenkörnung zeigt nun bekanntlich die polychrome Methylenblaulösung nicht, und da jene offenbar von dem hohen Salz- und Alkaligehalt der Mischung herrührt, so ist zu schlieſsen, daſs entweder der Salz- und Alkaligehalt der polychromen Methylenblaulösung geringer, z. B. letzterer durch Kohlensäure mehr neutralisiert ist, oder daſs in letzterer bestimmte (saure), als Beizen der roten Körnung dienende, weitere Bestandteile vorhanden sind. Jede saure Beize, welche vor der Färbung angewandt wird, z. B. schon eine Färbung mit angesäuerter Orceinlösung auf Elastin, macht die nachfolgende Rotfärbung der Mastzellen, auch wenn sie durch eine stark alkalische Azurlösung hergestellt ist, dauerhaft.

Es ist bekannt, daſs bei Behandlung von Methylenblau mit Alkalien auch Methylenviolett[8] (Bernthsen) gebildet wird; daher muſste dieses allein und in Verbindung mit Azur untersucht werden. Die dunkelviolett gefärbte, 1%ige wässerige Lösung des Methylenvioletts (11) färbt den Schnitt wenig echt; nach Entfärbung mit Glyzerinäther ist er graugrünlich, und es treten fast nur die Mastzellen in schwach graugrünlicher Färbung hervor. Durch Zusätze von kohlensauren und Chloralkalien wird die

[8] *Liebigs Annalen.* Bd. 230. S. 171.

Farblösung ausgefällt und völlig unbrauchbar. Auf derartige Erfahrungen gründet sich wohl das Urteil von MICHAELIS, dafs das Methylenviolett „histologisch völlig unbrauchbar" sei (a. a. O. S. 767),

Ich fand aber, dafs sich Methylenviolett in hohem Mafse in der Methylenazurkarbonatlösung ohne Fällung löst, und dafs diese Mischung auch einen weiteren Zusatz von kohlensauren und Chloralkalien ohne Fällung verträgt. Der Zusatz von Methylenviolett zur Azurlösung allein verbessert allerdings das Resultat der Färbung mit letzterer nicht; ja, es schädigt sie mit Ausnahme der Mastzellenfärbung (12). Dagegen ist das Resultat plötzlich ein ganz anderes, wenn eine Mischung von Azurkarbonat, Kalikarbonat und Chloralkalien noch mit Methylenviolett versetzt wird (13 und 14). In diesen Mischungen steht die Granoplasmafärbung, auch der atrophischen Plasmazellen, auf der Höhe der Färbung mit polychromer Methylenblaulösung, und die Färbung des Spongioplasmas ist sogar noch besser (13 und 14). Von allen bisher betrachteten Mischungen nähern sich die letztgenannten am meisten der polychromen Methylenblaulösung, sie gehen aber in der Färbung des Spongioplasmas über dieselbe hinaus. Die Färbung des Spongioplasmas, welche bisher nur schwierig in einigermafsen befriedigender Weise zu erzielen war, wird tatsächlich durch die künstliche Erhöhung des Gehaltes an Methylenviolett wesentlich erleichtert. In einer guten und leichten Darstellung des Spongioplasmas liegt aber in Zukunft die Lösung der wichtigsten und schwierigsten Fragen der Zellenkunde überhaupt, sowohl der Lehre vom Zellenbau, wie derjenigen der Entstehung der Intercellularsubstanzen begründet. Daher ist jeder Fortschritt in der tinktoriellen Darstellung des Spongioplasmas mit Freuden zu begrüfsen.

Besonders die KCl-haltige Mischung (13) ist noch violetter als die polychrome Methylenblaulösung und färbt das Spongioplasma auffallend stärker, läfst aber nach einiger Zeit die Rotfärbung der Mastzellenkörner verschwinden und steht in dieser Beziehung hinter der polychromen Methylenblaulösung zurück. Deshalb prüfte ich weiter eine Mischung von Azurkarbonat, Kalikarbonat und Methylenviolett (15) ohne Zusatz von Chloralkalien. In der Tat gibt diese Mischung eine der polychromen Methylenblaulösung äufserst ähnliche, nur etwas violettere Färbung und ein stark und rein violett gefärbtes Spongioplasma. Aber auch hierbei ist die Mastzellenfärbung hinfällig und das Kollagen entfärbt sich nicht völlig mit Glyzerinäther, sondern bleibt hellbläulich. Hieraus geht hervor, dafs das in der polychromen Methylenblaulösung sich bildende KCl an der Entfärbung des Kollagens bei der Glyzerinätherentfärbung beteiligt ist, wie das ja auch von der nachträglichen Anwendung der Chloride schon lange bekannt war.

Es entstand nun die Frage, ob die unerwartet gute Hervorhebung des Spongioplasmas durch Methylenviolettzusatz nicht durch Vermehrung des Methylenvioletts in der Lösung noch verstärkt werden könnte, und es zeigte sich, dafs in der Tat bei maximalem Zusatz von Methylenviolett bis zur Fällungsgrenze die gute, dunkle Färbung des Spongioplasmas noch gesteigert werden kann (16). Allerdings färbt sich dann auch das Kollagen noch tiefer und dauerhafter, wie denn alle bisherigen Färbungen des Spongioplasmas das chemisch offenbar verwandte Kollagen ebenfalls mitzufärben pflegten. Daher ist es, um einen schönen Kontrast von Spongioplasma und Kollagen zu erzielen, stets geraten, die Färbung mit der Azurkarbonat + Methylenviolett-Mischung mit einer solchen in nicht angesäuerter (sog. neutraler) Orceinlösung (GRÜBLER) zu kombinieren, wodurch alles Kollagen orceinrot gefärbt wird, während das Spongioplasma blauviolett bleibt. Aufserdem hat es sich herausgestellt, dafs — wie für viele andere Färbungen, bei denen hauptsächlich feine Strukturen scharf umrissen hervortreten sollen — eine Vorbeize mit der wie für Elastinfärbung angesäuerten Orceinlösung sehr günstig wirkt. Ich benutze daher beide Orceinlösungen, und zwar die angesäuerte, die hier nur beizen, aber nicht färben soll,[9] zuerst und lege die Schnitte eine Nacht in dieselbe ein.

Die nicht angesäuerte (sog. neutrale) Orceinlösung kann man nun vor oder nach der Färbung mit der Azurmischung anwenden. Die Resultate sind nicht identisch, da natürlich die zuletzt angewandte Farbe die Oberhand behält. Schliefst man mit der neutralen Orceinlösung, so ist bei Auerlicht das Kollagen tief orceinrot und das Spongioplasma schwächer, etwa graublau, gefärbt. Mithin ist der Farbkontrast zwischen Kollagen und Spongioplasma gut; besonders in die Augen fallend aber ist nur das Kollagen gefärbt. Schliefst man dagegen mit der Azurmischung ab, so ist das Spongioplasma dunkler, etwa blauviolett, das Kollagen schwächer und bläulicher, etwa bläulichbraun, gefärbt. Auch hier ist der Kontrast gut, aber mit Bevorzugung des Spongioplasmas. Je nach dem Mischungsverhältnis beider Substanzen wird die eine oder andere Modifikation vorzuziehen sein, und zwar mufs im allgemeinen diejenige Substanz dunkler gefärbt hervortreten, die an Masse zurücktritt, bei nur wenigem Spongioplasma beispielsweise das letztere, indem man die Färbung mit der Azurmischung abschliefst.

Hiernach lauten die Formeln für die beiden Modifikationen der neuen Spongioplasmafärbung folgendermafsen:

---

[9] Sie färbt natürlich nebenher das Elastin, auf das es hier nicht ankommt, in elektiver Weise.

A (17).

1. Angesäuerte Orceinlösung eine Nacht.
2. Alkohol zum Abspülen.
3. Nicht angesäuerte Orceinlösung 5 Minuten.
4. Alkohol zum Abspülen; Wasser.
5. Azurmischung 15 Minuten; Wasser.
6. Alkohol, Öl, Balsam.

B (18).

1. Angesäuerte Orceinlösung eine Nacht.
2. Alkohol zum Abspülen; Wasser.
3. Azurmischung 15 Minuten; Wasser,
4. Nicht angesäuerte Orceinlösung 5 Minuten.
5. In Alkohol kurz abspülen.
6. Öl, Balsam.

Die hierbei benutzte Azurmischung hat folgende Zusammensetzung:

Azurkarbonat (Giemsa)	0,25
Kalikarbonat	0,25
Methylenviolett (Bernthsen)	1,0
Aqua destillata und Glycerin ää partes aequales ad.	100,0

In solchen Fällen, wo man zu bestimmten Zwecken (z. B. zum Photographieren) das Spongioplasma noch dunkler gefärbt erhalten will, als es diese beiden Methoden geben, empfehle ich, in die zweite Modifikation (B) noch eine Vorfärbung (und zugleich Beizung) mit dem kürzlich von mir für die Epithelfaserung angegebenen Triacid einzuschieben, ohne die für jenen Zweck notwendige Safraninfärbung folgen zu lassen. Die Formel für diese dritte Modifikation (C) würde mithin lauten:

C.

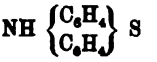
1. Angesäuerte Orceinlösung eine Nacht.
2. Alkohol zum Abspülen; Wasser.
3. Wasserblau-Orcein-Eosinmischung (Grübler) 3 Minuten; Wasser.
4. Azurmischung 15 Minuten; Wasser.
5. Nicht angesäuerte Orceinlösung 5—10 Minuten.
6. Alkohol, Öl, Balsam.

Dem nicht mit der Farbchemie vertrauten Leser wird ein kurzer Überblick über die Struktur der hier in Betracht kommenden Körper nicht unwillkommen sein. In allen zur Gruppe des Methylenblaus gehörigen Farbstoffen spielt eine ringförmige Bildung eine wesentliche Rolle, die aufser zwei Benzolkernen Schwefel und Stickstoff enthält und sich vom Diphenylamin

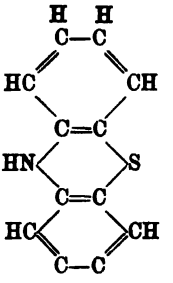
$$NH\begin{cases}C_6H_5\\C_6H_5\end{cases}$$

ableitet, in dem zwei Wasserstoffatome durch Schwefel ersetzt werden.

Das entstehende Thiodiphenylamin:



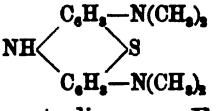
hat genauer die Formel:



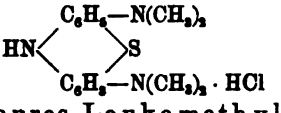
und besteht mithin aus einem Komplex von drei Ringen, deren mittlerer einseitig durch das Schwefelatom geschlossen wird, ein Umstand, der die Beständigkeit und Brauchbarkeit dieser schwefelhaltigen Farbstoffe (Indamine) wesentlich bedingt.

Von diesem Kern (Thiodiphenylamin) gelangen wir zum Methylenblau durch Einführung von zwei zweifach methylierten Amidogruppen:

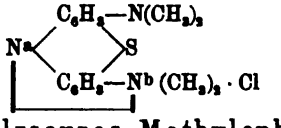
an Stelle von zwei weiteren Wasserstoffatomen:



Hierdurch entsteht aber erst die zum Färben ungeeignete Base des reduzierten Methylenblaus (Leukomethylenblaus). Addieren wir hierzu ein Säuremolekül, z. B. HCl, und oxydieren das entstehende Farbsalz oder, was dasselbe ist, entziehen demselben zwei Wasserstoffatome an geeigneter Stelle, so kommen wir zum Methylenblausalz:



= Salzsaures Leukomethylenblau.

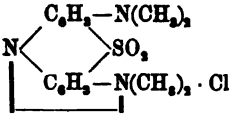


= Salzsaures Methylenblau.

Wie man sieht, besteht der Prozefs der Oxydation des Lenkomethylenblaus zum Methylenblau, der sehr leicht, z. B. schon spontan an der Luft vor sich geht, in der Bildung eines vierten Ringes innerhalb des Farbmoleküls, indem das (dreiwertige) N^a - Stickstoffatom und das (fünfwertige) N^b - Stickstoffatom nach Abstofsung je eines Wasserstoffatoms in engere Verbindung treten. Erst durch diese Bindung wird der Leukokörper des

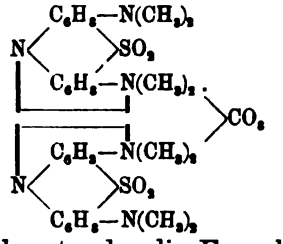
Methylenblaus zu dem Farbkörper, von dem wir eine so ausgedehnte Verwendung machen.

Eine weitere Oxydation — diesmal durch Eintritt von zwei Sauerstoffatomen — macht nun aus dem salzsauren Methylenblau das salzsaure Methylenazur:

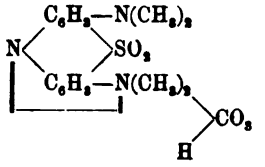


Hierzu genügt das Vorhandensein von freien Alkalien oder alkalischen Salzen, vor allem von Kalikarbonat, und das längere Stehen an der Luft, genug der Vorgang, den ich[10] vor längerer Zeit als „Reifen" der gebräuchlichen Methylenblaulösungen beschrieben und für gewisse tinktorielle Zwecke künstlich erzeugt habe. Dabei treten die zwei Sauerstoffatome an das Schwefelatom zur Bildung einer Sulfogruppe (SO_2).

Das Methylenazurkarbonat, welches der eigentliche für die Granoplasmafärbung wesentliche Farbstoff ist, hat demnach entweder die Formel:

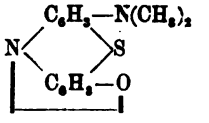


wenn es ein basisches Karbonat, oder die Formel:



wenn es ein saures Karbonat ist, worüber die weiteren Untersuchungen Auskunft geben müssen.

Der für die Färbung des Spongioplasmas wichtigste Bestandteil der polychromen (gereiften) Methylenblaulösungen, das Methylenviolett, entsteht ebenfalls durch Oxydation aus dem Methylenblau, aber unter gleichzeitiger Abspaltung eines Dimethylaminmoleküls:

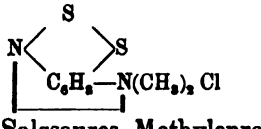


[10] Über die Reifung unserer Farbstoffe. *Zeitschr. f. wiss. Mikrosk.* 1892. Bd. VIII. S. 478.

Dabei tritt, wie man sieht, das Sauerstoffatom direkt an einen Benzolkern und nicht, wie beim Azur, an das Schwefelatom.

Aufser dem Methylenazur und Methylenviolett hat BERNTHSEN, dem wir die genaue Erforschung der Methylenblaugruppe verdanken, noch einen weiteren, sehr interessanten Farbkörper, das Methylenrot, beschrieben, der gegen Alkalien sehr empfindlich, gegen Säuren dagegen auffallend beständig ist. Wegen letzterer Eigenschaft, die das Methylenrot mit der roten Färbung der Mastzellenkörner teilt, hatte ich früher[11] die Ansicht ausgesprochen, dafs an der letzteren das Methylenrot beteiligt sei, indem ich annahm, dafs in der polychromen Methylenblaulösung das Methylenrot an Methylenblau gebunden sei. Dem gegenüber machte MICHAELIS[12] mit Recht geltend, dafs das Methylenrot durch alle Alkalien vollkommen zersetzt wird, ohne dafs ein nachträglicher Säurezusatz die rote Farbe wiederherstellt.[13] MICHAELIS nimmt daher an, dafs die rote Färbung der Mastzellen ebenfalls durch Methylenazur bedingt wird. Wenn ich nun MICHAELIS auch gerne zugestehe, dafs das violette Methylenazur durch „starre Lösung" in einem anderen Lösungsmittel (nach der Theorie von N. O. WITT) rot aussehen könne, so bleibt er doch die Erklärung schuldig, weshalb dieses Methylenazur, wenn es als solches in den Mastzellenkörnern die rote Färbung bedingt, hier gleichzeitig so auffallend säurefest ist, während es innerhalb des Granoplasmas als blaue Farbe so empfindlich gegen Säuren sich verhält.

Übrigens ist die Konstitution des Methylenrots, welches also vielleicht in unseren Färbungen gar keine Rolle spielt, von BERNTHSEN in seiner ersten Arbeit noch nicht, wohl aber in einer zweiten aufgeklärt worden.[14] Es hat nach diesem Forscher die Formel $C_8H_9N_2S_2Cl$ und folgende Konstitution:



= Salzsaures Methylenrot

aus welcher die nahe Beziehung zum Methylenblau, der höhere Schwefelgehalt und die abweichende (weniger feste) Bindung des zweiten Schwefelatoms ersichtlich ist.

---

[11] Über die Reifung unserer Farbstoffe. *Zeitschr. f. wiss. Mikrosk.* 1892. Bd. VIII. S. 480.

[12] Das Methylenblau und seine Zersetzungsprodukte. *Centralbl. f. Bakteriol.* 1901. Bd. 29. S. 766.

[13] Ich hatte gefunden, dafs der ätherische, rote Extrakt der polychromen Methylenblaulösung durch Alkalien entfärbt wird, worauf Säurezusatz die rote Farbe wiederherstellt.

[14] Studien in der Methylenblaugruppe. *Liebigs Ann.* 1889. Bd. 251. S. 19.

Aus der Praxis.

Mesotanexanthem.

Von

Dr. Carl Berliner-Aachen.

Mesotan nennt sich ein neues Salizylpräparat, das chemisch als ein Methyloxymethylester der Salizylsäure anzusehen und seiner ganzen Beschaffenheit und Zusammensetzung nach dem Wintergrünöl von Gaultheria procumbens verwandt und ähnlich ist. Eine klare, gelbliche, ölige Flüssigkeit von schwach-aromatischem Geruche, wird Mesotan, zumeist mit gleichen Teilen Olivenöl vermischt, zu Einreibungen verwandt und von der Haut sehr leicht resorbiert. Im Organismus spaltet sich dann die Salizylsäure ab und ist schon ganz kurze Zeit nach dem externen Gebrauch im Urin nachweisbar. Diese Eigenschaften liefsen das Mesotan als sehr geeignet erscheinen, den internen Gebrauch der Salizylpräparate dort, wo sie nicht vertragen wurden oder aus irgend einem Grunde kontraindiziert waren, zu ersetzen. Aus den bisherigen Berichten über das Mesotan, die wir aus eigener Erfahrung bestätigen können, geht hervor, dafs das Mittel hinsichtlich der Salizylwirkung und der prompten Beseitigung rheumatoider Schmerzen sich gut bewährt hat. Aber Hand in Hand mit diesen Berichten mehren sich bedauerlicherweise die Mitteilungen über üble Hauterscheinungen, die so bedenklicher Natur sind, dafs sie, wenn nicht eine Einschränkung im Gebrauche, so doch Vorsicht in der Dosierung und in der Art der Applikation des Mesotans erforderlich machen. Ein eklatanter Fall ging uns heute zu und gab zu dieser Publikation Anlafs.

Patient H. M. aus Aachen, ca. 50 Jahre alt, hat wegen seiner Schmerzen in den Schultergelenken den sogenannten „Naturheilkundigen" — wir nennen ihn „Kurpfuscher" — K. aus E. konsultiert und von diesem neben einem innerlich einzunehmenden Pulver Mesotan zu äufserlichen Einreibungen erhalten. Man sieht, die Kurpfuscher machen sich die neuesten Errungenschaften auf therapeutischem Gebiete rasch zu eigen, sobald sie seitens der zuständigen Behörden, wie es scheint oft zu früh, dem Publikum freigegeben sind.

Schon nach wenigen Einreibungen bekam der Patient an den eingeriebenen Stellen intensives Jucken und danach einen Ausschlag. Bei der Besichtigung fällt uns besonders am rechten Schultergelenk, weniger stark am linken, ein Exanthem in die Augen, das durch hellrosenrote,

unregelmäfsig begrenzte, verschieden grofse und verschieden gestaltete, über die Haut erhabene, hier wie flache Papeln, dort wie Quaddeln aussehende, nicht derbe Effloreszenzen charakterisiert ist. Sie sitzen ziemlich dicht nebeneinander, so dafs zwischen ihnen nur schmale, ebene, scheinbar normale, genauer betrachtet jedoch blafsrote Hautinseln übrig bleiben. Befallen ist das ganze Gebiet des Deltoides. Nach hinten greift der Ausschlag auf die benachbarten Teile des Rückens, nach vorn auf die Brust über, nach innen in die Umgebung der Achselhöhle, hier mehr als diffuse, erysipelartige Röte. Ein ähnliches Aussehen zeigt der rechte Vorderarm nahe dem Handgelenk. Die befallene Partie erscheint leicht geschwollen, diffus, erysipelartig gerötet. Das linke Schultergelenk hatte der Patient einige Tage vor dem rechten mit Mesotan eingerieben. Die Reaktion war hier eine schwächere. Die Haut zeigte die Anzeichen einer starken Irritation in Form einer diffusen Hautröte und im Hervortreten der Hautfollikel, ähnlich wie beim Lichen pilaris. Wegen der gegen das Jucken gebrauchten spirituösen Lösungen fühlte sich die Haut des linken Schultergelenkes rauh, trocken und gespannt an.

Fieber ist nicht vorhanden. Dagegen macht das entsetzliche Jucken den Patienten, wie er sagt, rasend und läfst ihn die Nächte nicht schlafen. Offenbar hat das fürchterliche, skrupellose Kratzen viel zur Verbreitung des Ausschlages über die eingeriebenen Stellen hinaus beigetragen.

Da der Patient angesichts des Ausschlages und des unerträglichen Juckens schon seit mehreren Tagen mit den Mesotaneinreibungen aufgehört hat, so ist klar, dafs das Mesotan Erscheinungen macht, die mit dem Sistieren des Medikaments nicht sofort verschwinden. Wie lange sie dauern, läfst sich wegen der kurzen Beobachtungszeit noch nicht sagen. Man kann aber aus dem noch immer fortbestehenden, intensiven Juckreize, der zeitweilig in Paroxysmen an den verschiedensten Körperstellen auftritt, den Schlufs ziehen, dafs das von der Haut resorbierte Mesotan nicht rasch aus dem Körper ausgeschieden wird und andauernd seine üble Wirkung auf die Haut ausübt. Leider war es nicht möglich, den Urin des Patienten auf das Vorhandensein von Salizylsäure zu untersuchen. Es bleibt allerdings fraglich, ob es überhaupt das Salizyl ist, welches auf innerlichem Wege die geschilderten unangenehmen Erscheinungen hervorruft. Im allgemeinen sind Exantheme nach innerlichem Gebrauch von Salizyl, zumal bei dem ausgedehnten Konsum von Salizylpräparaten, sehr selten. Viel wahrscheinlicher ist es, dafs das Salizyl direkt durch die Einreibung selbst irritierend auf die Haut wirkt, und dafs vielleicht noch andere Bestandteile im Mesotan dazu beitragen, diesen Reiz zu verstärken. Wie dem auch sei, man wird gut tun, das Mesotan nicht ohne Vorsicht zu gebrauchen und das Mittel nicht ohne genaue Vorschriften den Patienten zu überlassen. Drei bis vier Gramm mögen zweimal täglich auf nicht zu

grofse Hautstrecken zwei bis drei Minuten lang eingerieben, hierauf die Haut mit Talkum bestreut werden. Findet man, dafs eine entstandene Röte bis zur nächsten Einreibung persistiert, so lasse man die Hautreizung unter Puder, event. Zinkpasta (sehr gut Zinkoesypus-Pasta) erst ablaufen, ehe man von neuem einreibt. Sollen mehrere Stellen mit dem Mittel behandelt werden, so kann man zweckmäfsig abwechselnd das eine Mal diese, das andere Mal jene Partie mit Mesotan einreiben lassen.

Ärztliche Kontrolle ist selbstverständlich geboten. Überhaupt sollte Mesotan vom Apotheker nur gegen ärztliches Rezept verabfolgt werden. Das an sich durchaus brauchbare Mittel kann in den unsachverständigen Händen von Kurpfuschern und sonstigen Laien nur in Mifskredit geraten.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. Januar 1904.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Lesser: Nachruf für das verstorbene Mitglied Geh. Medizinalrat Prof. Jolly.

2. L. Lilienthal demonstriert aus der Poliklinik von Privatdozent Neumann ein **elf Wochen altes Kind mit Lichen planus-Eruption**, besonders an Armen und Beinen. Beginn im Alter von zwei Wochen. Abheilung mit starker Pigmentierung. Das Jucken scheint gering zu sein. Die Schleimhäute sind nicht befallen.

Diskussion: Blaschko erinnert an die Diskussion in der Junisitzung 1897, in welcher er, im Gegensatz zu den anderen Rednern, dafür eingetreten ist, dafs Lichen planus bei Kindern eine äufserst seltene Krankheit darstelle, und dafs die damals erwähnten Fälle zum Strophulus mit sekundärer Lichenisation gehörten (*diese Zeitschr.* Bd. 25. S. 79). In dem heute vorgestellten Falle handele es sich aber nach allen klinischen Anzeichen um wahren Lichen ruber planus. Das so frühzeitige Auftreten spricht ihm gegen die parasitäre Theorie des Lichen planus. Auffallend sind die linien- und bogenförmigen Begrenzungen, welche nicht mit Nervenverlauf, sondern eher mit Lymphgefäfsverzweigungen übereinstimmen.

Wechselmann schliefst sich der gestellten Diagnose an.

Rosenthal erwähnt, dafs in der angezogenen Diskussion 1897 von Oestreicher, dem das Hautkrankenmaterial aus der Klinik des Priv.-Doz. Dr. Neumann zur Verfügung stand, erwähnt wurde, er hätte öfter Lichen ruber bei Kindern gesehen.

Neumann bestätigt, dafs Lichen ruber bei Kindern extrem selten sei. In dem 1897 demonstrierten Fall habe es sich nicht um Lichen ruber, sondern um eine Urticaria papulosa gehandelt, wegen welcher das Kind immer noch in Behandlung stehe.

Auch Lilienthal kennt weiter keine Lichen ruber-Fälle an dem Hautkrankenmaterial Neumanns.

3. Silex demonstriert zwei Kranke mit **Argyrosis**. Der eine erhielt seine Silberfärbung (besonders im Gesicht und an den Schleimhäuten) durch Gebrauch von 30 Schacht. zu 80 Pillen aus je 0,005 Argentum nitricum, also im ganzen ca. 12 g. Die Hände

sind von der Verfärbung frei geblieben. Der zweite Kranke zeigt eine Braunschwarzfärbung der Konjunktiven, welche nach ½ Jahr langer Pinselung mit Höllensteinlösungen entstand. Vortragender bespricht an der Hand mikroskopischer Präparate Pathogenese und Histologie der Affektion. Sie scheint seltener geworden zu sein.

Diskussion: Lesser gibt eine Bestätigung der Ausführungen des Vortragenden und fügt hinzu, dafs Argyrie besonders nach mehrmaliger Einverleibung gröfserer Dosen bei relativ geringer Gesamtmenge ($AgNO_3$-Spülung bei Ulcus ventriculi) häufiger eintrete als bei fortgesetztem Gebrauch kleiner Dosen.

Heller findet Ähnlichkeit des ersten Falles mit Morbus Addisonii. Er findet zum Unterschied von diesem die Nägel hier grauschiefrig durchscheinend.

Blaschko bespricht die Histologie der Argyrie, welche verschieden ist nach internem medikamentösen Gebrauch und nach gewerblicher (traumatischer) Imprägnation mit Silberstückchen. Immer zeigen die elastischen Gebilde Neigung, das Silber abzulagern, in letzterem Fall die elastischen Fasern der Cutis, in ersterem die elastischen Membranen am Schweifsdrüsen- und Haarfollikel. Diese Unterschiede hängen mit der Stärke der wirkenden Silberlösung zusammen, welche in der nächsten Umgebung eines Silberpartikelchens naturgemäfs gröfser ist als bei interner Darreichung im gesamten Gewebssafte. Die abgelagerte Form des Silbers könnte aufser den früher angenommenen zwei Möglichkeiten (Schwefelsilber und metallisches Silber) noch eine dritte, das kolloidale lösliche Silber, sein.

Silex bemerkt auf die Anfrage Blaschkos nach dem Entstehungsmodus der Konjunktivalargyrie, dafs nur sehr langdauernde (etwa halbjährige) und mit dem Pinsel, der stets kleine Verletzungen macht, ausgeübte Applikation dazu führen könne.

4. Baum demonstriert ein junges Mädchen mit stark juckendem, papulösen Ausschlag unter der von Kaposi eingeführten Bezeichnung **Acne urticata**. Histologisch findet sich im Beginn Ödem des Papillarkörpers ohne Lokalisation um die Follikel. Später sind die Follikel oft Zentren einer zelligen Exsudation geworden. Stoffwechselanomalien, die Nahrungsaufnahme und Verdauung sollen nach Angaben der Kranken von grofser Wichtigkeit sein. In dem vorgestellten Fall liegt eine chronische Nephritis vor.

Diskussion: Pinkus rechnet die Affektion zur Urticaria papulosa. Es gehören hierher die Urticaria papulosa-Ausbrüche bei lymphatischen Hypertrophien (Pseudoleukämie usw.) und anderen allgemeinen Konstitutionsveränderungen. Da kein follikulärer Beginn vorhanden ist, widerstrebt ihm der Name Acne urticata.

Wolters findet in einem von ihm beobachteten Fall von Anfang an follikulären Sitz. Von der gewöhnlichen Urticaria papulosa unterscheidet sich das Krankheitsbild der Acne urticata durch den entsetzlichen Juckreiz, der erst nachläfst, wenn die Efflorescenz gewissermafsen ganz herausgekratzt ist. Heilung erfolgt erst nach Beseitigung der Stoffwechselanomalie. Von Medikamenten hat gute Wirkung oft das Chinin.

Lesser erwähnt das Vorkommen dieser Affektion in langdauernder und stark juckender Form bei Gicht.

5. Pinkus demonstriert einen Mann mit **Lichen ruber planus**, dessen Eruption im September **mit follikulären Knötchen** an den Beinen und Armen begann, die dann sich allmählich in typische, um die Follikel herum gelagerte Planuspapeln auswuchsen. Er glaubt in diesem Fall ein Beispiel für die Kombination zu haben, von welcher Kaposi behauptet, sie hätte ihn zur Anschauung von der Zusammengehörigkeit des Lichen ruber planus mit der als Lichen ruber acuminatus Kaposi (Pityriasis rubra pilaris) bezeichneten Affektion geführt. Die Unterschiede der follikulären Eruptionen dieses Falles von den follikulären Knötchen der Pityriasis rubra pilaris sind sehr grofs.

6. Diskussion über den Vortrag von Posner: **Demonstration von Harn- und Sekretpräparaten.**

Lesser stimmt den Ausführungen des Vortragenden zu, findet indes die Belästigung durch die Osmiumsäure sehr hochgradig.

Heller hält den Fund der Pappenheimschen einkernigen Zellen für wichtig zur Beurteilung der Akuität einer Blennorrhoe. Ihr Vorhandensein spricht nicht für lange Dauer, aber für subakuten Verlauf.

Adler fand May-Grünwalds Gemisch unsicher in den Färbeergebnissen.

Blaschko empfiehlt Pappenheims Methylgrün-Pyroninfärbung, sowohl zur Darstellung der Gonokokken, als auch besonders der Ulcus molle-Bazillen. Wichtig für das Gelingen der Färbung ist, daſs das Präparat nach der Fixierung in der Flamme ganz abgekühlt ist.

Posner stimmt dieser Empfehlung bei, hält aber die May-Grünwaldsche Methode für bequemer. Von der von Heller angegebenen Bedeutung der einkernigen Pappenheimschen Zellen hat er sich nicht überzeugen können.

7. Heller hält, anschlieſsend an den Krankheitsbericht einer nach anscheinender Heilung einer Blennorrhoe entstandenen Phlebitis venae saphenae minoris (30jähriger Mann), einen Vortrag über **Phlebitis blennorrhoica.**

Diskussion: Palm berichtet über Phlebitis der Vena saphena nach einer Endocarditis blennorrhoica im Anschluſs an eine Urethritis anterior et posterior blennorrhoica (56jähriger Mann).

Rosenthal findet häufiger eine Phlebitis am Praeputium und Penis, welche mit syphilitischer Induration und Lymphangitis nicht verwechselt werden darf und sich auch von der blennorrhoischen Lymphangitis unterscheidet.

Hoffmann teilt die Krankengeschichte eines früher als Lymphangitis metastatica blennorrhoica vorgestellten Falles mit, welche im weiteren Verlauf ergab, daſs es sich um eine Phlebitis handele (peripherische Ausbreitung, Freibleiben der Lymphdrüsen). Er weist auf die bei anderen Infektionskrankheiten vorkommenden Phlebitiden hin und möchte die in Hellers Fall sechs Jahre vorausgegangene Syphilis ätiologisch nicht völlig ausschlieſsen.

8. Palm berichtet über den weiteren Verlauf des von ihm am 5. Dezember 1899 demonstrierten Krankheitsfalles von **Pityriasis rubra pilaris.** Unter Borvaselineeinfettung und Wasserbädern ist eine Abheilung eingetreten bis auf kleine Plaques an beiden Ellbogen und beiden Knien.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 19. Dezember (1. Januar) 1903 (1904).

Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau.

1. Pospelow stellte einen Fall von **atypischer Lokalisation der Psoriasis vulgaris** auf den Handflächen und den Nägeln vor. Die Veränderungen bestehen bereits fünf Jahre und äuſsern sich in einer starken Keratinisation der Handflächen und Fingerspitzen, wodurch der Kranke der Möglichkeit beraubt wird, die Hände zu gebrauchen. Die Krankheit lieſs sich durch gar keine Mittel, auch nicht Arsenik, beeinfluſsen, und wich erst unter dem Gebrauch von Lichtbädern für die Hände. Bereits nach 3—4 Bädern schwanden die Schmerzen, und nach 30 Bädern wurde die Haut wieder normal.

2. Pospelow zeigte eine Frau mit **Psoriasis vulgaris universalis,** bei welcher nach 33jährigem Bestande des Leidens, gleichfalls durch Lichtbäder die Erscheinungen

geschwunden sind. Wenn es auch verfrüht wäre, von einer Heilung zu sprechen, so darf doch von einer kollossalen Erleichterung durch die Lichtbäder gesprochen werden, welche bei dieser Kranken durch keines der sonst bei Psoriasis vulgaris gebräuchlichen Mittel erreicht worden war. Dafs aber auch die Lichtbäder nicht in allen Fällen helfen, dafür spricht ein Fall von Psoriasis rupioides, den Pospelow, wie er berichtet, Gelegenheit hatte, während seiner Vorlesungen den Studenten zu zeigen und wo vergeblich Lichtbäder angewandt wurden.

3. Bretschow (Gast) führte aus der Pospelowschen Klinik einen Fall von **Elephantiasis Arabum** vor. Die betreffende Kranke, eine 47jährige Bäuerin, gibt an, seit sieben Jahren krank zu sein, und zwar soll die Schwellung der rechten unteren Extremität im Anschlufs an Erysipelas aufgetreten sein. Unter Injektionen von Hydrarg. salicylic. (vier Injektionen à 0,5) ist ein beträchtlicher Rückgang der Schwellung eingetreten.

Pospelow bemerkt zu diesem Fall, dafs seit seiner, in der Festschrift für Prof. Kaposi erschienenen Arbeit: Zur Pathogenese und Therapie der Elephantiasis Arabum, von verschiedenen Seiten, so Krassnow, Metscherski, Tipzew, Grigorowitsch und andere die günstige Wirkung der Kalomelinjektionen Bestätigung gefunden hat. Da aber Quevrat zu ähnlichem Resultat bei Anwendung des Hygrarg. salicylic. gekommen ist, stand P. nicht an, dieses weniger gefährliche Mittel bei Elephantiasis anzuwenden, und in der Tat, die Wirkung des letzteren Präparates steht derjenigen des Kalomels nicht nach.

4. Bogrow zeigte eine Kranke mit **Lupus erythematodes des Gesichts,** welcher sich ganz brillant gebessert hat unter der neuen Holländerschen Behandlung mit Chinin innerlich und Tinkt. jodi äufserlich. In der Anamnese dieser Kranken finden sich Syphilis und Tuberkulose angegeben. Seit dem 4. November nimmt die Kranke täglich je drei, in letzter Zeit je vier Pulver Chinin à 0,5 ein, und bepinselt zweimal täglich den Krankheitsherd mit Jodtinktur. Aufser Ohrensausen sind keine Vergiftungserscheinungen durch das Chinin zustande gekommen.

Diskussion: Küsel erwähnt, dafs er Gelegenheit gehabt hat, in der Lassarschen Klinik Moulagen von Lupus erythematodes-Fällen zu sehen, bei denen, wie er hörte, allein durch Pinselung mit Jodtinktur das Leiden zur Heilung gekommen war. Fokin hält die angewandte Chinindosis sehr hoch. Shiwult meint gleichfalls, dafs derartige Chinindosen von nur wenigen Personen vertragen werden. Sundelowitsch erkundigt sich, warum die Chinindosis in der letzten Zeit von 1,5 auf 2,0 pro die gesteigert werde? Bogrow erwidert, weil ein Stillstand in der Besserung eingetreten war, und weil die Kranke das Chinin so gut verträgt. Pospelow findet die interessante Beobachtung dieses Falles nicht klinisch genug, weil die Kranke ambulatorisch behandelt wurde, und stellt

5. einen Mann mit typischem **Lupus erythematodes** der rechten Wange, des rechtes Ohres und des Nasenrückens vor, der bereits in die Klinik eingetreten und dann auf dieselbe Weise behandelt werden soll.

6. Sokolow demonstriert in gebessertem Zustand den in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von **Pityriasis rubra pilaris,** der durch Bäder, subkutane Arsenikinjektionen und Anwendung einer Salbe (Lanolin und Sapo viridis ää) so weit gebracht worden ist. Es finden sich nur hier und da noch geringe Reste der Krankheit.

7. Tichonowitsch (Gast) sprach über **Röntgenaufnahmen bei einigen Fällen von Knochensyphilis** und zeigte die betreffenden Negative. Er führte als charakteristisches Moment der Knochensyphilis die Vereinigung von Osteosklerose mit Osteoporose an. Aus dem Röntgenbild allein läfst sich aber die Diagnose nicht stellen, wohl aber dient dieses als ein diagnostisches Moment unter anderen.

Im Anschluſs an die Demonstration dieser Negative zeigte Sokolow das photographische Bild einer Röntgenaufnahme von einem in der Klinik beobachteten Fall von **Knochensyphilis der Zehen.**

Pospelow bestätigt, daſs Osteosklerose und Osteoporose stets Hand in Hand gehen, wobei dann das eine Mal der eine Prozeſs, das andere Mal der andere mehr überwiegt.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 67. Heft 3. 1903.

I. **Sporadische Fälle von Lepra im Bereiche der österreichisch-ungarischen Monarchie,** von A. Plumert-Prag. Verfasser berichtet über einzelne in Dalmatien, in Bosnien und der Herzegowina entdeckte Fälle von Lepra. Von Interesse ist die Mitteilung über ein lepröses Mädchen, dessen Mutter im Nasensekret Leprabazillen, wenn auch in geringerer Zahl als die Tochter, aufwies, ohne sonstige äuſsere Anzeichen von Lepra zu zeigen. Ebenso konnte man bei Familienangehörigen von Leprösen im Nasensekrete Leprabazillen nachweisen, ohne daſs jene irgendwelche lepröse Symptome zeigten. Wegen des wechselnden Befundes von Leprabazillen im Nasensekret der Familienmitglieder ist von Interesse ein 55jähriger Mann, der seit drei Jahren an Lepra mutilans litt. Bei ihm und seiner Frau fanden sich massenhaft Leprabazillen im Nasensekret, während bei den vier Kindern des erwähnten Ehepaares und dem Bruder der Frau, die alle im engsten Haushalte zusammen lebten und scheinbar gesund waren, auch im Nasenschleime sich keine Leprabazillen fanden.

In Bosnien und der Herzegowina sind 133 Fälle konstatiert worden, über die L. Glück berichtet hat.

Über vereinzelte Fälle in Ungarn haben Schwimmer, Lang, Rille, Horovitz, Schlesinger, Gruber und Matzenauer, über solche in Galizien Zechmeister und Scheube Mitteilungen gemacht.

II. **Über Lupus vulgaris,** von W. Schiele-St. Petersburg. Unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur bespricht Verfasser zunächst den Zusammenhang von Hauttuberkulose mit einer Tuberkulose in anderen Organen, besonders mit einer solchen der Gelenke, Lungen und Drüsen.

Das vom Verfasser bearbeitete Material umfaſst 50 an Hauttuberkulose leidende Patienten. Von diesen waren behaftet

1. mit Lungentuberkulose..... 10 = 20 %
2. „ Gelenktuberkulose ..... 2 = 4 %
3. „ Darmtuberkulose..... 1 = 2 %
4. „ Drüsentuberkulose ..... 22 = 44 %
5. frei von Tuberkulose anderer Organe..... 15 = 30 %

Also etwa 70 % weisen eine Kombination von Hauttuberkulose und Tuberkulose anderer Organe auf.

Für die Entstehung des Lupus nimmt man eine Infektion von innen, d. h. durch den Lymphstrom bei schon bestehender Tuberkulose anderer Organe an, oder von auſsen durch Infektion einer Hautwunde mit Tuberkelbazillen, sei es daſs das betreffende bis dahin gesunde Individuum durch dritte tuberkulöse Personen infiziert

wurde, oder dafs es bereits tuberkulös war und sich mit seinen eigenen Bazillen infizierte. Eine solche Autoinokulation ist ein sehr häufiger Modus der Verbreitung des Lupus und der Entstehung neuer Herde bei lupösen Kranken. Verfasser berichtet über folgenden Fall: Eine Patientin litt als Kind an einer skrophulösen Ohreiterung. Um dieselbe Zeit wurden ihre Ohrläppchen behufs Einlegung von Ohrringen durchbohrt; einige Wochen später entwickelte sich an der Perforationswunde des rechten Ohres ein Lupus.

Am häufigsten ist das Gesicht befallen. Unter 50 Patienten waren 23 mit Lupus der Nase, 11 zeigten Erscheinungen an den Wangen, 3 an der Oberlippe, 2 an der Stirn, also nahezu 80%.

Was die Lebensdauer der Lupuspatienten betrifft, so gehen nach Neisser etwa 70% an Tuberkulose zugrunde.

Verfasser teilt dann in kurzen Auszügen die Krankengeschichte der 50 Lupusfälle mit.

III. **Über die sogenannte Justussche Hämoglobinprobe bei Syphiliskranken,** von Leon Feuerstein-Bad Hall. Der Verfasser hat die Justussche Hämoglobinprobe bei Syphilispatienten einer Nachprüfung unterzogen. Das Ergebnis war folgendes:

„1. Von den 32 Patienten mit florider Syphilis zeigten nach der erstmaligen Quecksilberdarreichung vier ein bedeutendes, plötzliches Absinken des Hb-Gehaltes (um 10°). In 26 Fällen sind entweder gar keine Veränderungen oder nur geringe, etwa 5° betragende Schwankungen (Sinken oder Steigen) aufgetreten. In zwei Fällen wurde ein plötzliches, bedeutendes (10°) Steigen des Hb-Gehaltes konstatiert.

2. In sechs Fällen von frischer primärer und in Involution begriffener, sekundärer Syphilis ist die Hämoglobinreaktion stets negativ ausgefallen; in zwei Fällen wurde ein Steigen um 10° vorgefunden.

3. Von den sieben anderweitig ohne Syphilis Erkrankten boten fünf entweder keine oder nur geringe Schwankungen des Hämoglobingehaltes dar. In einem Falle trat ein Steigen um 10°, in einem anderen (Blennorrhoe) ein plötzliches Sinken um 10° auf."

Somit läfst sich ein bestimmtes Urteil über die spezifische Hämoglobinreaktion nicht fällen.

Verfasser rekapituliert seine Ansicht in folgenden Schlufssätzen:

„1. Da wir nach der erstmaligen Anwendung des Quecksilbers unter 45 Fällen nur fünfmal ein plötzliches und bedeutendes Sinken, dagegen dreimal plötzliches und bedeutendes Steigen des Hämoglobingehaltes gesehen haben, dürfen wir überhaupt keine charakteristische Hämoglobinreaktion im Sinne Justus' annehmen.

2. Da von den fünf Fällen, in welchen die Hämoglobinreaktion positiv ausgefallen ist, ein Fall einen Patienten betrifft, der an Blennorrhoe ohne Syphilis litt, so kann von einer „spezifischen" Hb-Reaktion keine Rede sein."

IV. **Über die Behandlung der Augenblennorrhoe mit Albargin,** von E. Welander-Stockholm. Verfasser behandelt seit mehreren Jahren die Augenblennorrhoe folgendermafsen: „Der Conjunktivalsack wird mehrere Minuten lang mit lauwarmem Wasser so sorgfältig reingespült, dafs er, soweit möglich, von Eiter, Sekret usw. befreit wird. Hierauf wird das gonokokkentötende Mittel — im letzten Jahre war es eine 1%ige Albarginlösung — derartig appliziert, dafs der Conjunktivalsack mit einem weichen Pinsel 10 Minuten lang einmal über das andere mit sehr kurzen Zwischenräumen an allen zugänglichen Stellen mit Albarginlösung eingepinselt wird; hierdurch erhält man wenigstens die Möglichkeit, die Gonokokken durch eine prolongierte Einwirkung dieses Mittels töten zu können. Diese Prozedur wird im Laufe des Tages viele Male wiederholt. Sind die Augenlider sehr geschwollen, und ist die Se-

kretion reichlich, so wird dieses Verfahren jede zweite, mindestens jede dritte Stunde von morgens früh bis sehr spät abends und aufserdem einige Male während der Nacht wiederholt. Wenn die Anschwellung und die Sekretion sich zu vermindern beginnen, wird die Behandlung nur aller 3—4 Stunden ausgeführt; hiermit wird 3—4 Tage so lange fortgefahren, bis keine Gonokokken mehr zu entdecken sind, worauf die Behandlung nur 4—5 mal täglich vorgenommen wird. Ist der Patient 5—6 Tage gonokokkenfrei, so hört man mit der Albarginbehandlung auf und wendet nur 3—4 mal tägliche Spülung mit einer schwach adstringierenden Lösung oder, wenn im Conjunktivalsekret andere Bakterien zahlreich vorkommen, eine Spülung mit einer schwachen Lösung von Quecksilbercyanid an." Eisumschläge macht Verfasser niemals.

Haben sich Gonokokken in den Canaliculi lacrimales eingenistet, so wird die Bowmansche Operation gemacht, hierauf gleichzeitig mit Behandlung des Conjunktivalsackes eine Lösung einer Silberverbindung (Protargol, Largin) in diese und in den Tränensack eingespritzt.

Die ganze Behandlung läfst sich zumeist nur im Krankenhause, und hier auch nur von einem geschulten und zuverlässigen Personal ausführen. Die unendliche Mühe, die angewandt werden mufs, wird durch den segensreichen Erfolg, der erzielt wird, reichlich belohnt.

V. **Beitrag zur Entstehung des sogenannten Verandageschwürs des Anus**, von O. V. Müller. Das Verandageschwür kommt nach der Beschreibung des Verfassers „am häufigsten bei Frauen, ganz vereinzelt bei Männern vor, entsteht immer auf dem Übergang zwischen Schleimhaut und äufserer Haut in der Tiefe einer Analfalte und schreitet nur wenige Zentimeter nach dem Rektum vor. Auch nach der äufseren Haut zu vergröfsert es sich nur wenig, ist aber dafür durch eine wallartige Erhebung der Cutis, von der es auf zwei Längsseiten und einer Schmalseite umgeben wird, ausgezeichnet. Diese Wallumgebung wächst auch durch Erhöhung und Verbreiterung, während das Ulcus selbst, hat es sich einmal vollkommen entwickelt, leider oft auch therapeutischen Eingriffen gegenüber, ziemlich konstant dasselbe bleibt."

Die Ursache der Verandabildung ist in letzter Linie auf Fissuren in den Analfalten zurückzuführen. Aus einer Fissur entsteht zunächst ein Geschwür, und durch die mechanischen Spannungsverhältnisse am After kommt es dann zur Entwicklung der Veranda, die histologisch Binde- oder besser Narbengewebe ist. Einen spezifischen Erreger für die Verandabildung anzunehmen, wie einige Autoren es tun, hält Verfasser nicht für nötig.

VI. **Zur Histologie des Pemphigus vegetans**, von St. Weidenfeld-Wien. Der Verfasser beschreibt zunächst die Krankengeschichte einer 30jährigen Patientin, bei der die Krankheit „mit echten, zerstreuten Pemphigus miliaris-ähnlichen Blasen begann, später typische Foliaceusformen annahm und im weiteren Verlaufe erst Vegetationen zuerst am Ellenbogen, Genitale, Rücken zeigte. Zugleich traten in heftiger Weise immer neue Eruptionen auf. Ein tetanusähnlicher Zustand, der dann hinzutrat, vollendete das Bild. Nach viermonatlicher Dauer der Krankheit starb die Patientin.

Während die Vegetationen sich ausbildeten, traten immer neue Eruptionen von kleinen Bläschen am Abdomen vornehmlich auf, die fast immer eitrig waren, bald platzten und im Zentrum eine weifse Wucherung zeigten."

Zum ersten Male konnte Verfasser an diesem Falle die direkte Beobachtung machen, dafs 1. die Vegetationen schon innerhalb der Blasen begannen, 2. dafs dem Vegetans eine Foliaceusform voranging.

Behufs mikroskopischer Untersuchung wurden 1. intakte Bläschen und 2. schon fertige Vegetationen excidiert.

Verfasser teilt die Befunde im folgenden ausführlich mit und vergleicht dieselben mit denen anderer Autoren. Aus der einschlägigen Literatur ergeben sich folgende übereinstimmende, anatomische Befunde:

„1. Die Blut- und Lymphgefäfse sind enorm erweitert.

2. Eine mehr oder weniger dichte Zellinfiltration umgibt die Gefäfse.

3. Es besteht ein starkes Ödem des Papillarteiles und der Cutis.

4. Die elastischen Fasern zeigen schwere Veränderungen.

5. Das Rete ist bald in seinen obersten Anteilen, bald in der ganzen Dicke mehr oder weniger ödematös."

Seine gesamten Betrachtungen resumiert Verfasser folgendermafsen:

„Das erste Stadium charakterisiert sich durch die Bildung eines Schichtbläschens.

Das zweite zeigt eine intrabulläre Vegetation, bestehend aus übereinander abgehobenen Schichten von Epidermislamellen, die sowohl dem Aussehen als auch dem Verlauf nach das Bild einer Vegetation geben.

Das dritte zeigt die vollendete Vegetation, die vornehmlich aus gewucherten Epithelien besteht.

Das vierte, bei dem es zu Vegetationen kommt, wobei auch das Bindegewebe proliferiert und nur nach längerem Bestande der Vegetation entsteht, während die ersten Stadien sich im Verlaufe einiger Tage entwickeln.

Sowohl C. Müller als auch Köbner, Luithlen fanden Verdickungen der Intima an den Gefäfsen des tiefen, kutanen Netzes. In frühen Stadien sind freilich die Veränderungen nicht so ausgesprochen, wie in älteren, hier sind die Gefäfse erweitert und oft von Rundzellen umscheidet. In älteren jedoch mögen die Proliferationsveränderungen Platz greifen.

Als Ursache aller dieser Stadien mufs die jeweilige Veränderung des Blutgefäfssystems angesehen werden. Welcher Art diese Veränderungen sind, läfst sich schwer definieren, obgleich anatomisch sichtbare Veränderungen gefunden werden. Daraus folgt, dafs es sich nicht um eine funktionelle Störung allein im Sinne einer abnormen Innervationsstörung handeln kann, sondern wohl um eine dauernde Schädigung der Gefäfse selbst, etwa in ähnlicher Weise wie durch Jod, Brom, wobei ähnliche Vegetationen auch beobachtet werden. Mit Rücksicht darauf, dafs aufserdem noch andere lokale Schädigungen, so der Nerven nach Eppinger, auftreten, kann vielleicht als Ursache des Pemphigus auch eine Schädlichkeit angesprochen werden, die im Blute zirkuliert und durch die Haut schädigende Einflüsse, von denen die Schädigung der Gefäfse die sichtbarste ist, jene Veränderung hervorruft. Ob nicht auch diese Schädigung das Gewebe mit affiziert, läfst sich vorderhand nicht sagen. Dafs aber äufsere Schädigungen, wie Schweifs, mechanische Irritation, die Ursache für die Vegetationen abgeben, wie man aus der häufigen Lokalisation derselben am Genitale, Achselfalten usw. schliefsen wollte, ist durch die Tatsache der intravesikulären Vegetationen einerseits, anderseits durch das Auftreten von Vegetationen an anderen nicht irritierten Stellen, im vorliegenden Falle sogar von vornherein am Ellenbogen, als nicht stichhaltig abzuweisen."

Weitere Beweise der Anwesenheit einer solchen schädigenden Noxe behält sich Verfasser für die nächste Arbeit vor.

VII. **Die Behandlung der venerischen Ulcera und Wunden mit Alumen ustum**, von M. Porosz-Budapest. Der Verfasser greift auf ein altes, früher häufig in Gebrauch gewesenes Mittel zurück. Er empfiehlt bei der Behandlung der Ulcera venerea und einfachen Wunden den pulverisierten, gebrannten, stark hygroskopischen Alaun. Derselbe trägt viel zum Eintrocknen der Wunden bei, worauf es bei der Heilung an erster Stelle ankommt. Er vermindert auch oder vernichtet die Virulenz

des Infektionsstoffes. Bestreut man eine reine, granulierende Wunde mit Alaunpulver, so trocknet er und bildet den von der Natur gewünschten Schorf. Drückt man auf den sehr harten Schorf, so wird bei Ulcera an den Rändern mehr oder weniger Eiter zum Vorschein kommen. Man entfernt dann den Schorf und streut von neuem gebrannten Alaun auf. Die Prozedur wird so lange geübt, bis man keinen Eiter mehr herauspressen kann. Der Schorf klebt dann der ganzen Geschwürsfläche fest an und bildet einen Verschluſs gegen den Zutritt von schädlichen Stoffen.

Das Verfahren hat sich dem Verfasser auch bei kleinen Hautabschürfungen oder nach Entfernung einer Verruca oder von spitzen Kondylomen bewährt.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band X. Heft 6. 1903.

I. **Epidermolysis bullosa hereditaria,** von Bettmann-Heidelberg. Der Verfasser berichtet über einen 34jährigen Mann mit einer Hautkrankheit, die sowohl bei ihm wie bei seinen zwei Kindern von Geburt an besteht und sich durch zahlreiche, an den Händen lokalisierte, in verschiedenen Stadien der Entwicklung und Rückbildung begriffene Blasen dokumentierte. Einzelne, frische hatten Kirschengröſse und enthielten teils seröse, teils ausgesprochen blutige Flüssigkeit; bei anderen war die Blasendecke geborsten. Die Blasen saſsen am Handrücken und der Handfläche, besonders stark an der Streck- und Beugeseite der Finger. Die Haut des Handrückens ist bläulich rot, atrophisch verdünnt, von weiſslichen Narben durchzogen, sieht wie zerknittert aus und weist feinste Fältelungen auf. Man kann zwischen den Fingern leicht die Epidermislamellen aufheben, die sofort sich zu einer Blase entwickeln. Am Handrücken saſsen zahlreich gruppierte Milien. Sämtliche Fingernägel waren defekt, mehr oder weniger zerbröckelt, brüchig, verkrümmt. Die Fuſszehen sind intakt, die Schleimhäute frei. Die Ellbogengegend zeigt beiderseits blaurote Verfärbung und atrophische Verdünnung der Haut.

Genau dasselbe Krankheitsbild bieten die Kinder des Patienten, ein elfjähriger Knabe und ein zehnjähriges Mädchen, dar. Der Vater gibt an, daſs die Blasen nur auf stärkere Hautreize hin entstehen.

Daſs das Leiden erblich ist, geht daraus hervor, daſs sich durch vier Generationen bei elf Mitgliedern derselben Familie die Affektion feststellen lieſs, und zwar stets in derselben dystrophischen Form der Epidermolysis bullosa.

II. **Zur Frage der Beziehungen zwischen Psoriasis und Gelenkaffektionen,** von L. Lipman-Wulf-Berlin. Ein 60jähriger, erblich belasteter Tischler bekam im Alter von 52 Jahren zum ersten Male Psoriasis, in deren Verlauf sich schwere Gelenkaffektionen, besonders in beiden Händen, entwickelten. Verfasser erörtert nun an der Hand der einschlägigen Literatur die Frage, ob das Zusammentreffen von Psoriasis und Gelenkerkrankung ein rein zufälliges sei, oder ob ein ursächlicher Zusammenhang, Beziehung zwischen beiden bestände. Er verneint, wenigstens was den vorliegenden Fall betrifft, die Frage, hält es jedoch für nicht ausgeschlossen, daſs beide Erkrankungen durch dieselbe, uns unbekannte Ursache hervorgerufen sein mögen.

III. **Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mit Spülsonden,** von Arthur Strauss-Barmen. Schon Guyon hat in seinem Lehrbuche der „Krankheiten der Harnwege“ darauf hingewiesen, daſs die Berührung der Schleimhaut der Harnröhre mit einer Sonde durch Anregung der Vaskularisation das pathologische Gewebe selbst einer Striktur allmählich erweiche und geschmeidig mache. Diese „umstimmende“ Wirkung der Dilatation geht ohne jede Verletzung der Schleimhaut, ohne

Gewaltanwendung und übermäfsigen Druck vor sich. Es genüge die einfache Berührung, um die Rückbildung von chronischen Infiltraten anzuregen.

Ebenso hält Verfasser die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mit Sonden derjenigen mit Dilatatoren für überlegen. Nur kann es in manchen Fällen indiziert sein, mit der Sondenbehandlung Spülungen zu verbinden. Für diese Fälle hat Verfasser eine Spülsonde konstruiert, die nichts anderes darstellt als eine gewöhnliche Metallsonde mit einem sie von vorn bis hinten durchlaufenden Kanal; dieser endigt am Griff in einem seitlichen Rohr, welches durch einen Schlauch mit einer gröfseren Spritze oder besser mit einem Irrigator in Verbindung gebracht werden kann. Auf sämtliche Sonden pafst ein Handgriff, der ihnen aufgeschraubt wird. Sie steigen nach der Charrière'schen Skala von Nr. 15 bis 32 um je 1/3 mm.

Die Entfettung geschieht am besten mit einem wasserlöslichen Gleitmittel Verfasser bedient sich einer in Flaschen à 100 g vom chemischen Laboratorium von Emil Jansen in Barmen zu beziehenden sterilisierten Pflanzenschleimglyzerinmischung. Die Spülsonden werden von der Aktiengesellschaft für Feinmechanik, vorm. Ichter & Scheerer in Tuttlingen angefertigt. Die Behandlung mit den Spülsonden ist eine so reizlose, dafs sie täglich geschehen kann. Man kann indessen auch, je nachdem der Fall es erfordert, 1—3 Tage zwischen den einzelnen Sitzungen verstreichen lassen. Bei der Behandlung wird in der Weise verfahren, dafs, wenn die eingeführte Sonde eine gewisse Zeit gelegen hat, man die zur Spülung zu verwendende Lösung (Kalium permanganicum, Argentum nitricum, Protargol usw. je nach Lage des Falles) am besten aus dem Irrigator in die Blase einlaufen läfst. Tritt stärkerer Harndrang auf, so entfernt man die Sonde, und der Kranke uriniert dann, indem er mit der einen Hand die Harnröhre abwechselnd zusammendrückt und öffnet. Dadurch wird die Schleimhaut ausgiebig gedehnt, die Drüsen und ihre Gänge werden kräftig ausgespült und von etwaigen verstopfenden Pfröpfen befreit. An den Tagen, an welchen die Spülsondierungen nicht vorgenommen werden, können zweckmäfsig Einspritzungen, Instillationen mit Protargol, Albargin, Argentum nitricum u. a. die Behandlung unterstützen.

IV. **Lichtbehandlung nach Sensibilisierung**, von Georges Dreyer-Kopenhagen. Untersuchungen des Verfassers an Prof. Finsens Lichtinstitut haben ergeben, „dafs Bakterien und Infusorien durch einen ganz kleinen Zusatz von Erythrosin zu ihrem Nährsubstrat für gelbe und grüne Lichtstrahlen, die sie sonst vollständig oder beinahe vollständig unbeeinflufst lassen, sehr empfänglich gemacht werden können, ganz wie photographische Bromsilberplatten für dieselben Strahlen sensibilisiert werden".

Ferner wurde experimentell nachgewiesen, „dafs die sensibilisierten Mikrobien, auch wenn sie von verhältnismäfsig dicken Hautschichten bedeckt waren, schnell und sicher durch die in der Therapie gewöhnlich benutzte Lichtquelle getötet werden wegen der sehr vergröfserten Empfindlichkeit für die stark penetrierenden gelben und gelbgrünen Strahlen. Wenn beispielsweise eine 1,25 mm dicke Hautschicht zwischen Lichtquelle und normalen Bacillus prodigiosus eingeschaltet wurde, waren diese nach elfstündiger Beleuchtung noch am Leben; in sensibilisiertem Zustande waren nach 20 Minuten alle getötet".

Auch tierisches Gewebe (Zunge des Frosches, Ohr des Kaninchens und die Haut des Menschen) liefs sich durch Erythrosin für gelbe und grüne Strahlen sensibel machen.

Die Versuche an Lupuskranken haben ergeben, dafs durch vorausgehende Sensibilisierung eine gröfsere Tiefenwirkung in weit kürzerer Zeit als durch die gewöhnliche Lichtbehandlung allein erreicht wird.

Für die Erythrosinbehandlung schlägt Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen, die noch durch weitere Mitteilungen später ergänzt werden sollen, einstweilen folgendes vor:

1. Anwendung einer sterilen 1‰igen Lösung von Erythrosin (Grübler) in physiologischer (0,85‰iger) Kochsalzlösung.

2. Einspritzung (ca. 0,5—1 ccm für 4—6 qcm) ad modum Schleich (kutane Infiltration) oder subkutan — je nach dem Sitz des Leidens.

3. 4—8 Stunden nach der Injektion eine 15—20 Minuten dauernde Beleuchtung bei gut vaskularisiertem Gewebe; bei cicatritiellem Gewebe kürzere Zeit.

C. Berliner-Aachen.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Bd. II. No. 3.

1. **Statistisches über Geschlechtskrankheiten in Mannheim,** von Heinrich Loeb. Für Mannheim gibt der Verfasser statistisches Material aus der Privatpraxis über die Verbreitung der venerischen Krankheiten, gibt aber selber dessen Schwächen zu. Im allgemeinen hat sich eine absolute Zunahme des Trippers feststellen lassen. Dabei ist diese Erkrankung relativ im Abnehmen, während die Syphilis relativ gestiegen ist. Das Verhältnis von Blennorrhoe zu Ulcos molle, zu Syphilis war wie 65,72 : 7,65 : 22,69. Die Zahlen und Schwankungen in der Krankenhauspraxis sind entsprechende. Die Prozentsätze für Tripper und Syphilis fielen in den öffentlichen Anstalten 1898 von 60 auf 48 für Männer, von 78 auf 56 für Frauen. Die Bordelle sind ganz eingegangen, die einzelnwohnenden Prostituierten werden scharf kontrolliert. So sank deren Zahl von 60 (1890) bis auf 13 (1902). Entsprechend wuchs damit natürlich die geheime Prostitution. Die Bevölkerungsziffer hat sich in der gleichen Zeit fast verdoppelt. Bis 1898 erfolgte etwa die Hälfte der Ansteckungen in Bordellen; jetzt ist das anders. Die neuen Verhältnisse sind also sanitär wie moralisch ungesunder. Von 442 Infektionen betrafen 155 Kellnerinnen und Büffettdamen, 67 Dienstboten, 65 Ladenmädchen, 29 Haustöchter, 27 Näherinnen, 20 Zimmermädchen, 17 Arbeiterinnen, 16 Balleteusen und Choristinnen, 12 eigene Ehefrauen und Bräute. Am gefährlichsten erscheinen demnach die Kellnerinnen. In Mannheim erkrankte jeder Mann bis zum 38. Jahre durchschnittlich einmal an venerischen Affektionen.

2. **Die Blennorrhoe der Prostituierten,** von Gustav Baermann-Breslau. Den Tripper, abgesehen von seinem floridsten Stadium beim Weibe, bei der Prostituierten klinisch sicher festzustellen, ist nicht möglich. Wo die mikroskopischen Untersuchungen des Sekrets zur Einführung gelangt sind, dort hat die Zahl der Tripperfälle unter den Prostituierten stark zugenommen, wie die vergleichenden Aufstellungen Neissers und Hammers für Breslau bezw. Stuttgart ergeben. Umgekehrt wurden auch manche klinisch als Blennorrhoen imponierende Katarrhe bei der Untersuchung durchs Mikroskop als unschuldig erkannt. Man muſs zu dem Zwecke der mikroskopischen Untersuchungen staatlicherseits oder von seiten der Gemeinden mehr Mittel aufbringen, dann wird sich auch allmählich die allgemeine Trippererkrankungsziffer bei den Prostituierten und damit bei der Bevölkerung überhaupt vermindern. Natürlich müſsten diese verschärften Kontrollen im ganzen Deutschen Reiche eingeführt werden und sich auf alle Schleimhäute erstrecken, auf welchen dauernd Gonokokken sich anzusiedeln vermögen. Der ideale Zustand wäre eine täglich geübte mikroskopische Untersuchung; man muſs sich aber mit zweimaliger in der Woche begnügen. Baermann untersuchte innerhalb von 14 Tagen 393 Prostituierte mikroskopisch. Gram erschien ihm dabei weniger empfehlenswert als die Methylenblaufärbung. Auf den

Tag entfielen 35 Prostituierte. Klinische Untersuchung und Entnahme der Sekrete währten 1½ Stunden; die Untersuchung mit dem Mikroskop hielt jeden Tag fünf Stunden auf. Die Angaben Ströhmbergs von der — man kann wohl fast sagen — Ubiquität der Gonokokken treffen nicht die Wahrheit. (Fortsetzung folgt.)

Hopf-Dresden.

The British Journal of Dermatology.

Band 15. Dezember 1903.

I. **Akuter Pemphigus contagiosus der Neugeborenen**, von G. J. Maguire. Die englische Literatur über den akuten, kontagiösen, nichtsyphilitischen Pemphigus ist spärlich. Es unterliegt aber keinem Zweifel, dafs er häufiger auftritt, als man für gewöhnlich annehmen mag. Epidemien und Endemien sind durchaus nicht so selten und zumeist durch Hebammen verursacht. Auch in den 18 Fällen, über welche Verfasser berichtet, scheint die Quelle der Epidemie eine Hebamme gewesen zu sein, wenngleich der strikte Beweis nicht erbracht werden konnte. Von den 18 neugeborenen Kindern, welche an Pemphigus contagiosus erkrankten, starben acht. Es bedeutet dies eine Mortalität von 44,4%.

Der Verfasser bespricht ausführlich die Symptomatologie, den Verlauf, die zumeist erfolglose Therapie, die Pathologie und Pathogenese der Krankheit, sowie das Resultat der mikroskopischen Untersuchung des Blaseninhalts. Er resumiert seine Betrachtungen in folgenden Schlufssätzen:

1. Es handelte sich in den vorliegenden Fällen um den im ganzen seltenen Pemphigus acutus neonatorum.

2. Er ist zurückzuführen auf eine Infektion mit dem pathogenen Staphylococcus pyogenes aureus, von Fall zu Fall durch eine bestimmte Hebamme übertragen.

3. Obwohl die Krankheit hauptsächlich bei Neugeborenen auftritt und für diese sehr gefährlich ist, so werden doch auch ältere Kinder befallen.

4. Der Pemphigus acutus contagiosus ist eine durch Blasenbildung charakterisierte Hautkrankheit, veränderlich in der Verteilung und Ausdehnung. Der spezifische Mikroorganismus wird im Inhalt der Blasen gefunden.

5. In vielen Fällen begegnet man keinen anderen Symptomen als denen auf der Haut. Zuweilen aber treten die Anzeichen einer allgemeinen Infektion auf. Diese Fälle enden ausnahmslos letal.

6. In den tödlichen Fällen bildete stets der noch nicht verheilte Nabelstumpf die Infektionspforte.

7. Die Behandlung hat weder auf den Verlauf, noch auf die Dauer der Krankheit irgend einen nennenswerten Effekt.

II. **Der Pemphigus neonatorum im Lichte neuerer Untersuchungen**, von H. G. Adamson. Die Schlüsse, welche Verfasser aus seinen Betrachtungen zieht, sind folgende:

1. Es wird jetzt allgemein angenommen: a) dafs der Pemphigus neonatorum eine im Säuglingsalter auftretende Form der Impetigo contagiosa Tilbury Fox sei; b) dafs die phlyktänuläre Impetigo auf einer Streptokokkeninfektion beruht. (Vergl. demgegenüber den vorhergehenden Artikel. Ref.)

2. Es scheint daher die Annahme gerechtfertigt, dafs die Autoren, welche den Staphylococcus pyogenes aureus als das infektiöse Agens beim Pemphigus neonatorum beschrieben haben, durch eine sekundäre Infektion getäuscht worden sind, während eine genauere bakteriologische Untersuchung den Streptococcus pyogenes als die primäre Ursache entdecken wird. *C. Berliner-Aachen.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.
Band XXI. November 1903.

I. **Über Paludide und einen Fall von Purpura malarica**, von M. F. Engman-St. Louis. Verfasser hat die Bezeichnung „Paludide" (Sumpfaffektionen) für eine Gruppe von Ausschlägen gewählt, welche auf Malaria-Infektion zurückzuführen sind. Er hat bereits im Januar 1902 18 Fälle verschiedener Typen solcher Ausschläge publiziert und kann gegenwärtig acht weitere hinzufügen. Es figurieren unter ihnen Fälle von Herpes simplex, Herpes zoster, Pompholix, Urticaria, Erythema multiforme und Purpura. Bei allen konnte im Blute das Malariaplasmodium nachgewiesen werden. Am häufigsten sind die Fälle von Herpes simplex. Für gewöhnlich ist der Herpes auf der Nase, den Lippen, Augenlidern, Wangen und auf der Stirn lokalisiert. Er tritt zumeist mit Allgemeinerscheinungen der Malaria auf.

Zoster beobachtete Verfasser relativ häufig, und zwar in zehn Fällen unter den bisher beschriebenen 26.

Der Pompholix erschien dem Verfasser stets als eine vasomotorische Störung toxischen Ursprunges.

Die Urticaria tritt bei Malaria nach Riesman in drei Typen auf:

1. Die Urticaria, welche die Malariaparoxysmen begleitet und gewöhnlich im febrilen Stadium auftritt, daher die „Febris intermittens urticata" der alten Autoren;

2. die Urticaria, die an Stelle der Schüttelfröste während der Malariaparoxysmen sich entwickelt;

3. die Urticaria, welche während des ganzen Paroxysmus Platz greift und alle anderen Erscheinungen zurücktreten läfst.

An sich hat diese Urticaria nichts Charakteristisches, ausgenommen ihr periodisches Auftreten und Verschwinden.

Purpura-Ausschläge bei Malaria sind sehr selten. Verfasser verfügt über zwei Fälle. Der eine betraf ein achtjähriges Mädchen, welches Purpuraflecke in unregelmäfsiger Gruppierung im Gesicht, am Halse, an den Armen und Beinen aufwies. Unter Chinin genas die Patientin vollkommen.

Der zweite Fall betraf einen 19jährigen Jüngling, der mit Schüttelfrost, Kopfschmerzen und Nausea erkrankte; diesen Erscheinungen folgten bald Fieber und Schweifsausbrüche, und so jeden zweiten Tag alternierend. Am fünften Krankheitstage bekam der Patient im Gesicht, an den Händen und Füfsen einen Ausschlag, der durch schwach erhabene, purpurrote Flecke charakterisiert war.

Die Untersuchung des Blutes ergab den Tertianparasiten. Der Verlauf der Malaria zeigte den remittierenden Typus, der auf Chinin und Arsenik gut reagierte. Mit der Besserung des Allgemeinzustandes blafste der Ausschlag allmählich ab.

Die histologische Untersuchung ergab Veränderungen, welche, wie es scheint, durch eine toxische Gefäfsneurose wahrscheinlich zentralen Ursprunges hervorgerufen worden waren.

II. **Multiple Angiome**, von A. Post-Boston. Ein 16jähriges Mädchen zeigt am ganzen rechten Arm, beginnend in der Umgebung der Achselhöhle und vielfach dem Verlaufe der oberflächlichen Venen folgend, zahlreiche, unregelmäfsige, sich weich anfühlende, bläulich aussehende, meist frei bewegliche Tumoren, welche auf Druck kleiner werden. Die Handteller und Finger sind dicht besät von ihnen.

Das Leiden hatte in der frühesten Jugend der Patientin begonnen. Im Alter von zehn Jahren war ihr eine ganze Reihe von Tumoren exzidiert worden, jedoch ohne nachhaltigen Erfolg, da im Laufe der Zeit nicht nur die alten wiederwuchsen, sondern noch neue hinzukamen.

Die histologische Untersuchung einiger Tumoren ergab, dafs dieselben nichts

anderes als Haemangiomata waren. Die Gefäfse erwiesen sich zumeist erweitert, die Gefäfswände verdünnt.

III. **Ein Fall von Dermatitis repens (Lee), Larva migrans (Crocker), Hyponomoderma (Kaposi)**, von H. W. Stelwagon - Philadelphia. Der Fall betraf einen neunjährigen, im übrigen gesunden Knaben, der am Bein eine unregelmäfsig begrenzte, in Windungen sich hinziehende, über die Oberfläche erhabene Linie zeigte. Bei genauerer Besichtigung bemerkte man, dafs dieselbe aus erythematösen, erythematopapulösen und papulovesikulösen Efflorescenzen sich zusammensetzte. Das weiterkriechende Ende der Linie war dünn, wie fadenförmig, hyperämisch und gegenüber den anderen Teilen nur undeutlich markiert. Innerhalb von zwei Tagen erreichen die jüngst entwickelten Partien das papulovesikulöse oder gar rein vesikulöse Stadium. Die kleinsten Teile haben, wenn sie zur Heilung sich hinneigen, eine krustige oder schuppige Decke und sind bis zum normalen Niveau der Haut abgeflacht. Die Affektion verursacht zeitweilig intensives Jucken. In der letzten Zeit sind ähnliche Linien in der Lumbal- und Sakralgegend entstanden. Dort, wo Heilung eingetreten ist, sind unregelmäfsig gewundene, pigmentierte Linien und schmale Bänder zurückgeblieben. Der Verfasser vergleicht seinen Fall mit den in der Literatur beschriebenen. Alle Fälle heilen ab, entweder spontan oder augenscheinlich als Resultat der lokalen Applikationen durch Vernichtung der Larva migrans. Die Krankheit kann sich über Wochen und Monate hinziehen. In einem von Crocker beschriebenen Falle setzte der Parasit seine Wanderung $2^1/_4$ Jahre fort. *C. Berliner-Aachen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1903. Heft 11.

Die Acne hypertrophica der Nase und ihre chirurgische Behandlung, von W. Dubreuilh. Die Acne hypertrophica der Nase nimmt ihren Ausgang von der gewöhnlichen Acne pustulosa, entwickelt sich auf dem Lobulus naris und greift allmählich auch auf die Nasenflügel über. D. unterscheidet zwei Formen: bei der einen bildet die Nase mehr einen einheitlichen, bis faustgrofsen Tumor, der durch Furchen in zahlreiche Läppchen geteilt ist; bei der zweiten gewinnen die einzelnen Läppchen ein mehr individuelles Dasein und können als geteilte Tumoren bis zum Kinn herabhängen; ein Patient mufste sich ein solches Gewächs beim Essen jedesmal vom Munde wegheben. — Als Ursache der Acne hypertrophica wird zwar Alkoholmifsbrauch und der Einfluſs rauher Witterung angegeben, doch kommen Fälle vor, wo diese beiden Momente sicher auszuschliefsen sind. In einem Falle konnte D. etwas wie Familienerblichkeit beobachten. Auffallend ist, dafs die Frauen von dem Leiden so gut wie ganz verschont bleiben. Die Krankheit entsteht in den reifen Jahren und nimmt bald einen rascheren, bald einen langsameren Verlauf (2—20 Jahre).

Histologisch ist die Acne hypotrophica charakterisiert durch eine Hypertrophie der Talgdrüsen und des interstitiellen Bindegewebes, und zwar scheint der Prozefs mit der Hypertrophie der Drüsen zu beginnen. Dabei bleibt der Bau der Drüsen in allen seinen Bestandteilen unverändert. Das Bindegewebe dagegen wie die Blutgefäfse unterliegen einer teilweisen Neubildung.

Die Therapie dieser Krankheit kann selbstverständlich nur eine chirurgische sein. D. bedient sich daher mit Vorriebe des Thermokauters, mit dem er den Tumor erst der Länge und dann der Quere nach spaltet. Er rät, lieber erst zu wenig, als zu viel wegzunehmen. Um eine zu starke Narbenbildung zu vermeiden, wendet er im geeigneten Augenblick der Nachbehandlung die Transplantation an. Die Heilung dauert im ganzen ungefähr einen Monat. — Sechs eigene Beobachtungen werden mitgeteilt.

Nach den beigegebenen Abbildungen scheinen die Erfolge in kosmetischer Beziehung sehr zufriedenstellend zu sein.

Erfahrungen über die Leprabehandlung, von J. Brault-Algier. B. hat vom 1. Januar 1902 bis 1. Oktober 1903 vierzehn Lepröse, elf Männer und drei Frauen, behandelt, die fast ausnahmslos Symptome der Lepra mixta darboten. Er hat verschiedene, neuerdings empfohlene Heilmethoden bei ihnen versucht und berichtet nun über seine diesbezüglichen Erfahrungen. Von Versuchen mit dem spezifischen Serum hat er von vornherein abgesehen, und Einspritzungen mit Diphtherieserum — von Babes warm empfohlen — haben sich die beiden Versuchspatienten wegen der üblen Wirkungen — hohes Fieber usw. — bald dringend verbeten; günstige Einwirkungen wurden danach nicht beobachtet. Auch über das Chaulmoograöl und die Unnasche Behandlungsweise weifs B. nicht viel Lobenswertes zu sagen. Leidlich zufrieden war er dagegen mit den Erfolgen von intramuskulären Einspritzungen der löslichen Quecksilbersalze (Hg bijodatum), damit wurden wenigstens offenbare Besserungen erzielt. Zum Belege werden sechs eigene Beobachtungen angeführt. — B. empfiehlt diese Einspritzungen auch deshalb, weil das Personal der dermatologischen Abteilungen von der Syphilis- und Lupusbehandlung her damit vertraut ist, und weil anderseits die Leprösen, wenn sie ebenso wie jene Kranken behandelt werden, nicht so leicht auf den Verdacht ihrer furchtbaren Krankheit kommen.

Neben dieser allgemeinen Therapie wurde auch die örtliche, teils chirurgische, teils medikamentöse Behandlung nicht vernachlässigt. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1903. Heft 10.

Vergiftungen durch Pikrinsäure, von R. Millaut. Der Verfasser nimmt in dieser kleinen Schrift gegen Thierrys Behauptung Stellung, dafs die Pikrinsäure ein wirksames und bei sachlicher Anwendung ein durchaus ungefährliches Mittel sei; die Vergiftungserscheinungen, die mehrfach nach seinem Gebrauch aufgetreten sind, erklären sich daraus, dafs man es unzweckmäfsig, oder in zu grofser Menge, oder bei sonstwie geschwächten Personen verordnet hatte; den Tod habe es niemals verursacht. Letztere Tatsache wird von M. zugegeben; da die Pikrinsäure aber von verschiedenen Seiten gegen eine grofse Reihe von Hautkrankheiten empfohlen und angewandt wird, so macht er an der Hand eines einwandfreien Falles darauf aufmerksam, dafs die Pikrinsäure eine auch bei äufserer Verwendung — von dieser ist hier allein die Rede — und trotz gröfster Vorsicht eine Vergiftung zur Folge haben kann, dann nämlich, wenn die Nieren nicht ganz gesund sind. In seinem Fall handelte es sich um einen im ganzen gesunden Menschen, dessen Harn aber Spuren von Eiweifs enthielt. Diesem verordnete M. wegen einer kleinen ekzematösen Plaque 100 g einer 1%igen Pikrinsäurelösung und erneuerte die Verordnung nach fünf Tagen. Aber schon am nächsten Tage entstand an dem Orte der Anwendung unter unerträglichem Brennen und starker Schwellung ein Erythem, das sich bald über den ganzen Körper ausbreitete und erst nach und nach wieder verschwand. Verfasser rät daher zu sorgfältigster Harnuntersuchung, ehe man Pikrinsäure anwendet.

Rheumarthritis und Iritis als Begleiterscheinungen einer akuten Blennorrhoe, von Henri Malherbe-Nantes. Über einen Fall, wie ihn die Überschrift dieses Referates anzeigt, berichtet Verfasser. Die Krankengeschichte selber enthält nicht mehr, als was der Titel besagt. Interessant sind aber die Betrachtungen, die M. an seine Mitteilungen knüpft. Er hält die Blennorrhoe für eine Allgemeinerkrankung mit Lokalisation auf der Urethra und findet es gar nicht verwunderlich, dafs im

Verlauf dieser Infektion auch andere Organe erkranken können. Die Annahme vieler Autoren, dafs im Verlauf einer Blennorrhoe eine bereits bestehende rheumatische Anlage ausgelöst und sich in Rheumarthritis und Iritis Luft machen könnte, weist er bestimmt zurück und ist im Gegenteil geneigt, manche sog. rheumatische Iritis für eine blennorrhagische anzusprechen. — Die blennorrhoische Iritis ist nicht ganz selten, kommt viel häufiger beim Mann als bei der Frau vor, befällt meistens nur ein Auge und ist seröser Natur.

Ein Fall von syphilitischer Erkrankung des Magens, von Louis Jullien-Paris. Zu J. kam ein junger Mann mit Klagen über heftige, seit drei Monaten bestehende Magenschmerzen und mit dem Bemerken, dafs ein angesehener Chirurg ihm dringend zu einer Operation geraten hätte. J. fand eine mittlere Magenerweiterung und erzielte durch innerliche Behandlung eine wesentliche Besserung. Aber ein bestimmt lokalisierter Schmerz blieb doch immer noch bestehen, und hier entdeckte J. eines Tages eine kleine Verhärtung, die aber mit der Leber sicher nicht zusammenhing. Pinselungen mit Jodtinktur und Vesikantien wurden nun erfolglos angewandt, bis Patient nach weiteren Wochen gelegentlich erwähnte, dafs er vor zehn Jahren syphilitisch gewesen sei. Obgleich J. einen derartigen ursächlichen Zusammenhang nicht annahm, liefs er doch einige Hg-Einreibungen machen — mit dem überraschenden Erfolg, dafs alle subjektiven und objektiven Symptome alsbald verschwanden. — Ob die Verhärtung von einem Infiltrat oder von einem Gumma herrührte, wagt Verfasser nicht bestimmt zu entscheiden. *Türkheim-Hamburg.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1903. Heft 11.

1. **Die Frage bezüglich der bullösen Hämatodermatitiden und die dermatologischen Klassifikationen,** von Lebredde.

2. **Pathogenese und Klassifikation der bullösen Dermatosen. Die Bedeutung der Eosinophilie für die Pathologie dieser Affektionen,** von Lebredde. In dem ersten einleitenden Artikel weist L. auf die Schwierigkeiten hin, die gerade in der Dermatologie jeder Klassifikation entgegenstehen, und definiert dann in Kürze, was im allgemeinen unter Pemphigus und unter Eosinophilie zu verstehen ist. Der zweite Aufsatz gilt der Verteidigung seines bekannten Standpunktes bezüglich der Bedeutung der Eosinophilie für die Pathologie der bullösen Affektionen. Er hält nach wie vor die Eosinophilie für ein Charakteristikum der Dermatitis herpetiformis, das sich aufserdem noch beim Pemphigus vegetans und beim Pemphigus foliaceus findet. Da aber die Eosinophilie etwas ganz Spezifisches ist, so müssen die genannten drei Affektionen als Glieder einer Krankheitsgruppe betrachtet werden. Vom eigentlichen Pemphigus sind sie strenge zu trennen; sie sind alle drei toxischen Ursprungs.

3. **Die innere Behandlung der Hautkrankheiten,** von Lebredde. Der Artikel wird fortgesetzt. *Götz-München.*

Annales de therapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1903. Bd. III, Nr. 22.

Die Sittenreglementierung. Erste Sitzung der extra-parlamentarischen Kommission, von L. Butte-Paris. Diese auch in Deutschland aktuell gewordene Frage hat in Frankreich zu der Ernennung einer Kommission von Kammermitgliedern geführt, und es zeigte sich ebenso wie bei uns eine scharfe Scheidung zwischen Reglementaristen und Abolitionisten. Als dritte Gruppe fanden sich einige Mitglieder,

welche sich für keine der beiden Richtungen entscheiden wollen, ehe nicht weitere eingehende Untersuchungen angestellt sind. Als Führer der ersten Partei trat Fournier auf, während Augagneur für die zweite hauptsächlich das Wort führte. Das Hauptresultat der Besprechung war der Beschluſs, daſs die weibliche Prostitution nicht als ein Vergehen in gesetzlichem Sinne angesehen werden dürfe, und ferner die Ernennung einer Kommission zur Beschaffung von ausgiebigem und einwandsfreiem Material nach jeder Richtung hin. B., ein überzeugter Reglementarist, erwartet von dieser Enquete einen guten Erfolg.

1903. Bd. III, Nr. 23.

Die Frage von den Quecksilberinjektionen, von Desesquelle-Paris. (Fortsetzung.) In längerer Ausführung und mit ausgiebigen Zitaten aus der Literatur bespricht Verfasser die Frage, ob die löslichen oder die unlöslichen Hg-Präparate für die subkutane Injektion vorzuziehen seien. Den ersteren gibt er aus verschiedenen Gründen unbedingt den Vorzug, wenn er es auch für durchaus möglich hält, daſs einige der letzteren Art, so namentlich die Phenolverbindungen des Hg, bei weiterer Prüfung sich von den bisher verwendeten unlöslichen Salzen anhaftenden Nachteilen frei erweisen mögen. Bemerkenswert, wenn auch freilich kein Unikum, ist der dem Verfasser aus der Praxis eines Kollegen bekannte Fall einer Cystenbildung nach einer Kalomelinjektion, bei welcher nach dreijährigem Bestehen die Geschwulst operativ entfernt wurde, und man fast das gesamte injizierte Salz wieder auffand.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

b. *Hoden und Samenbläschen.*

Über Impotenz, deren Ursachen und Behandlung, von Müller de la Fuente-Schlangenbad. (*Dtsch. Mediz.-Ztg.* 1903. Nr. 60.) Bei jedem Falle von Impotenz ist zunächst darauf zu achten, wo die Krankheit ihren Sitz hat. Die Impotenz durch Verletzungen des Penis gehören ins Gebiet des Chirurgen, während Verfasser sich nur mit der nervösen Impotenz beschäftigt. Meist haben die Störungen ihren Sitz im Erektionszentrum. Einmal können allgemeine oder lokale Erkrankungen des Rückenmarks eine Herabsetzung der geschlechtlichen Potenz zur Folge haben, vor allem aber sind es, abgesehen von den allgemeinen Erkrankungen, wie chronische Nephritis und Diabetes, die chronischen Intoxikationen, Alkoholismus, Morphinismus und die Masturbation, sowie der Coitus interruptus, welche zur Impotenz führen. Von der Lokalisation des Leidens sowie von seinen Ursachen hängt die Therapie ab, prophylaktisch kann die Erziehung und die geregelte Lebensweise viel erreichen. Zur Behandlung empfiehlt M. vor allem richtige Diät, Enthaltung von Alkohol und Nikotin, körperliche Übungen, wie Turnen, Gymnastik, und Anwendung von Hydrotherapie und Elektrizität neben psychischer Behandlung. Eine groſse Bedeutung legt er dem Yohimbin bei, welches noch nie bei seinen Patienten versagte ohne unangenehme Erscheinungen hervorzurufen, und welches er warm empfiehlt. Jedenfalls läſst sich durch richtige ärztliche Behandlung fast stets die psychische Impotenz heben. (Warum Ver-

fasser den Gebrauch der Wintzernitzschen Kühlsonde, die nach meiner Ansicht eine sehr nützliche Anwendung bei der Impotenz findet, gänzlich ignoriert, ist mir unklar. D. Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Maligne Geschwülste des Hodens, von William Colby-New York. (*Med. News.* 25. Juli 1903.) Bei den malignen Tumoren des Hodens ist Sarkom weit häufiger wie Karzinom. C. hat 18 Fälle beobachtet, wovon 17 Sarkome und 1 ein Teratom waren. Mehr als die Hälfte seiner Fälle waren junge Leute zwischen 20 und 30 Jahren, die zwei jüngsten 19 Jahre alt. Ätiologisch spielt Trauma eine grofse Rolle, in 50% der Fälle C.s war irgend ein Unfall vorhergegangen, und zwar kurze Zeit bevor die Geschwulst bemerkt wurde. Die grofse Mehrzahl der Fälle waren Rundzellensarkome. Die Diagnose ist im allgemeinen nicht schwierig, Prognose ist nach C.s Erfahrung eine sehr schlechte, wirkliche Heilung erlebte er niemals, da er nur ein Viertel der Fälle in frühem Stadium sah und die übrigen alle wegen Rezidiven operiert werden mufsten. Die Operation mufs in vollständiger Entfernung des Hodens und Samenstrangs bis zum inneren Leistenring hinauf bestehen. Aufserdem rät C., eine Behandlungskur mit den gemischten Toxinen von Erysipel und Bazillus prodigiosus vorzunehmen, womit er in vorgeschrittenen Fällen von Sarkomrezidiven ausgesprochene Besserung und Stillstand des Wachstums für einige Zeit, wenn auch keine vollständige Heilung erzielte. Die einzige Hoffnung wirklicher Heilung liegt in der frühzeitigen Diagnose und Operation; erstere hält C. nicht für schwierig und warnt davor, die kostbare Zeit mit Hg-Kuren usw. zu verlieren. Beschreibung von 14 Fällen von Sarkom und jenes Falles von Teratom, welcher nach der Operation völlig geheilt war. *Stern-München.*

Über chorionepitheliomartige Wucherungen beim Manne, von Julius Steinhaus. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 12.) Im Uterus findet man zuweilen die Entwicklung von Tumoren, die gewöhnlich im Anschlufs an eine Gravidität entstehen. Diese Tumoren, Deciduoma oder Chorionepitheliome genannt, zeigen mikroskopisch dieselben anatomischen Elemente wie das Chorionepithel: Syncytium — vielkernige vakuolisierte Protoplasmamassen — und helle, runde oder polygonale, ein- bis zweikernige Zellen, die unregelmäfsige Gruppen bilden. — Gleiche Tumoren sind aber auch bei Männern im Hoden gefunden worden, wie Verfasser an der Hand der Literatur ausführt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Torsion der Testikel, von W. W. Williams-Quincy. (*New York. med. Journ.* 6. Juni 1903.) Diese Art Veränderung der Testikel ist relativ selten; Orven fand, aufser einem selbst beobachteten, 13 Fälle in der Literatur. Die Torsion oder axiale Rotation des Samenstranges tritt ganz plötzlich auf, und zwar gewöhnlich nur bei unvollendetem Descensus testiculi, wenn auch keineswegs ausschliefslich bei diesem. Sie hängt wahrscheinlich von irgend einer kongenitalen Mifsbildung ab. Die Torsion kann ein- oder doppelseitig sein, in leichten Fällen wird die Epididymis allein infiltriert, in schweren wird die ganze Drüse mit dem Nebenhoden gangränös, wobei ausgedehnte Blutextravasate entstehen. Die Symptome der Torsion sind jene der Epididymitis oder Orchidoepididymitis, sie treten plötzlich auf, oft ohne äufsere Einwirkung und während einer stärkeren Muskelanstrengung. Es ist eine dicke, schmerzhafte, manchmal ödematöse und gerötete Leistengeschwulst vorhanden, welche sich beim Husten nicht verändert. Erbrechen und Tympanismus sind keineswegs selten. Die Symptome sind sehr ähnlich jenen der Strangulation, und zur Differentialdiagnose ist sofortige Probeinzision notwendig. Die Prognose der Torsion ist, wenn unbehandelt, eine schlechte: es tritt entweder Atrophie oder Gangrän des Hodens ein. Bezüglich der Therapie sollte die Reduktion versucht werden, welche in einem Falle von Nash glückte; aufserdem ist operativer Eingriff (Inzision und Entfernung des

gedrehten Testikels und Samenstrangs) notwendig, wie der Fall von Williams lehrte; er betraf einen 16jährigen jungen Mann, bei welchem eine erste Torsion manuell reponiert worden ist, aber bald wieder Rezidiv eintrat. *Stern-München.*

Drei Fälle von Orchitis bei Influenza, von R. C. Lucas-London. (*Brit. med. Journ.* 25. Juli 1903.) Die drei Fälle kamen im November und Dezember 1902 in Guys Hospital während einer schweren Influenzaepidemie zur Beobachtung.

Der erste Fall betraf einen 31jährigen, verheirateten Mann, der keine Anhaltspunkte für Syphilis, Blennorrhoe, Tuberkulose darbot. Bei ihm erkrankten während der Influenza unter intensiven Schmerzen und starker Schwellung zuerst der rechte, dann der linke Testikel. Die beiden andern Fälle betrafen Knaben von 8 resp. 3½ Jahren. Bei allen dreien war auch der Nebenhoden stark in Mitleidenschaft gezogen. In zwei Fällen war das Skrotum gerötet, verdickt und infiltriert.

Unter geeigneter Behandlung trat innerhalb von 3—4 Wochen Heilung ein. Die Beziehung der Orchitis zur Influenza ist nicht leicht zu erklären. Es verhält sich hier wahrscheinlich ähnlich, wie die Orchitis im Gefolge von Mumps.

C. Berliner-Aachen.

Die Synorchidie bei den konservativen Operationen des Hodens, von Pascale. (*Rif. med.* 1903. Nr. 23.) Die durch Pascale modifizierte Methode von Scaduto besteht in der künstlichen Vereinigung der Gefäfse des Gefäfsnetzes vom Highmorschen Körper des kranken Hodens mit der Basis der Sekretionskegel des andern Hodens; der Nebenhoden und das Vas deferens können dabei vollständig entfernt werden, so lange die andern nerösen und vaskulären Elemente intakt gelassen werden. Die Operation findet ihre Indikation bei Tuberkulose, Tumoren und andern krankhaften Prozessen des Nebenhodens, bei unversehrt gebliebenem Hoden.

C. Müller-Genf.

Sterilität durch Verstopfung (Obstruktion) an der Epididymis; Heilung durch Operation, von Edw. Martin-Philadelphia. (*New York. u. Philad. Journ.* 10. Oktbr. 1903.) Die Operation bestand in diesem Falle M.s, wo Azoospermie nach früher durchgemachter Blennorrhoe und doppelseitiger Epididymitis vorhanden war, darin, den Samenstrang vom (linken) Nebenhoden abzulösen, ein Stück desselben zu exzidieren (einen Teil des Kopfes) und den Samenstrang mit dem restierenden Teile des Nebenhodens wieder (durch feine Silberdrahtnähte) zu vereinigen. Während vorher aus dem Nebenhoden nur wenig Spermatozoen zu finden waren, konnten dieselben in reichlicher Menge nach der Exzision aus der Schnittfläche gewonnen werden. Der faktische Erfolg der Operation war, dafs die vorher kinderlose Frau 281 Tage, nachdem der Mann den Umgang mit seiner Frau wieder aufgenommen hatte (16 Tage nach der Operation) von einem gesunden, dem Manne sehr ähnlich sehenden Mädchen entbunden wurde. Infolge (blennorrhoischer) Erkrankung kann also eine derartige Verlegung der ausführenden Gänge (Obstruktion) des Nebenhodens eintreten, dafs Azoospermie die Folge ist; die glücklich ausgeführte Operation zeigt den Weg, wie wohl in manchen Fällen dieselbe behoben werden kann. *Stern-München.*

Zur primären tuberkulösen Epididymitis, von Delli Santi. (*Rif. med.* 1903. Nr. 34.) Der Verfasser hat an Hunden experimentell nachgewiesen, dafs der Nebenhoden von der Urethra aus tuberkulös erkranken kann. Er infizierte die Urethra seiner Versuchstiere mittels eines Tropfens einer Tuberkelbazillenkultur in Glyzerinemulsion. Von dort aus gelangt der Bazillus in den Hoden und Nebenhoden, wo er bis 45 Tage verbleiben kann, ohne die geringsten Störungen zu veranlassen, falls nicht besondere Umstände hinzutreten, durch welche der spezifische Prozefs angefacht wird. Dieser kann unter andern durch venöse Stase hervorgerufen werden (Ligatur der Samenstranggefäfse). Unter diesen Bedingungen werden zunächst die Drüsen-

epithelien angegriffen, und sodann verbreitet sich der Prozefs auf das interstitielle Bindegewebe. Der primäre Tuberkel tritt im Nebenhodenkanälchen auf; wenigstens ist dieser Vorgang so häufig, dafs BAUMGARTEN daraus einen Hauptanhaltspunkt für die Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Syphilis gemacht hat, indem der syphilitische Prozefs stets im Bindegewebe beginnen sollte, der tuberkulöse dagegen immer in den Drüsenkanälchen. *C. Müller-Genf.*

Über Epididymektomie wegen Tuberkulose, von H. HÜLTL. (*Magyar orvosok lapja.* 1903. Urologie Nr. 1.) Die Behandlung der Hodentuberkulose beschäftigt neuerer Zeit vielfach die Autoren. Während die älteren Autoren beinahe ohne Ausnahme für die Kastration eintraten, wird dieselbe zurzeit zumeist und hauptsächlich von den Franzosen verworfen. Die neuere Strömung ist vielmehr für die Epididymektomie. Diese Frage endgültig zu entscheiden, ist die Aufgabe der pathologisch-anatomischen Studien. Die Entscheidung der Behandlungsart hängt allerdings von der richtigen Diagnose und der Ausbreitung des pathologischen Prozesses ab. Es gibt zweifellos Fälle im Frühstadium der Erkrankung, bei denen der Prozefs noch zirkumskript ist, sich blofs auf den Nebenhoden beschränkt, und der Hoden samt Vas deferens noch frei von jeder Erkrankung ist. Dieses vor der Operation bestimmt zu entscheiden, ist allerdings nicht so leicht. Zu diesem Zwecke wird der Hoden samt Vas deferens vollkommen freigelegt, und in diesem Momente ist es zu entscheiden, ob die Kastration vorgenommen werden soll, oder ob nach Entfernung alles Krankhaften noch ein Teil des Hodens gerettet werden kann. Zu diesem Zwecke wird der Hoden in derselben Art entzwei geschnitten, wie es bei der Nephrotomie gemacht wird. Dieses diagnostische Aufschneiden des Hodens hatte nie welche unangenehme Komplikationen hervorgerufen, und ohne dieses ist es auch schwer, vollkommen ins Reine zu kommen über den Zustand des Hodens. Es wird also dann der erkrankte Nebenhoden entfernt, und wenn ein oder mehrere Knoten im Hoden vorkommen, wird derselbe bis ins Gesunde umschnitten. Verfasser operierte 3 ähnliche Fälle mit gutem Erfolge. Es fragt sich nun, was die Kranken gewonnen haben, wenn ihnen der Hoden oder ein Teil desselben erhalten worden ist, ob es denn genug an Wert besitzt, die kompliziertere und vielleicht mit etwaigem unsicheren Resultate eingehende Epididymektomie zu machen? Die Antwort ist nach Verfasser eine entschieden bejahende, und zwar aus folgenden Gründen: 1. Die einseitige Kastration sichert auch nicht die Heilung, selbst die günstigsten Statistiken geben 45—80 % Erfolg an. Im Falle eines Rezidivs entschliefsen sich die Kranken schwer, dafs ihnen auch der zweite Hoden entfernt wird, hingegen wenn ihnen von der ersten Operation der (ihrer Meinung nach funktionierende) Hoden zurückbleibt, die Kranken sich der zweiten Operation leichteren Herzens unterwerfen. 2. Ist es immer mehr wahrscheinlicher, dafs der Hoden im Sinne von BROWN-SÉQUARD auch eine innere Sekretion besitzt, und zwar werden von den Blut- und Lymphgefäfsen bisher noch unbekannte Produkte des Hodens aufgenommen. Es scheint, dafs VARIOT, BEZENÇON, TILLOT, GODARD Recht haben, wenn dieselben von diesen Produkten die Intaktheit des Gesamtorganismus abhängig machen. 3. Der erhaltene Hoden wird infolge der Epididymektomie nicht atrophisch. 4. Nach den Erfahrungen von DELBET bilden sich nach der Epididymektomie die etwaigen in der Prostata und den Samenbläschen vorhandenen kleineren Veränderungen zurück. 5. Schliefslich ist der günstige psychische Effekt nicht zu unterschätzen, welcher dadurch entsteht, dafs die Kranken glauben, dafs ihr Hoden intakt geblieben ist. Es sind viele Fälle bekannt, bei denen nach der Kastration sich eine der Melancholie nahende psychische Depression einstellte. *A. Alpár-Alexandria.*

Akute Hydrocele und Leistenbruch, von ERNST MAILLEFERT. (*Wien. klin. Rundsch.* 1903. Nr. 24.) Ein fünfjähriger Knabe erkrankte unter heftigen Schmerzen

und Erbrechen an einer akuten, prall elastischen, wallnufsgrofsen Geschwulst der Leistengegend. Er hatte schon früher ähnliche Anfälle gehabt, die stets schnell vorübergegangen waren. Es handelte sich um eine Hydrocele des Samenstranges. Auch dieser Anfall nahm spontan einen günstigen Verlauf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Hydrocelen, von F. Barjon und A. Cade. (*Lyon méd.* 1903. Nr. 27.) Die Verfasser, die bereits vor einem Jahre auf das häufige Vorkommen von Spermatozoen in der Hydrocelenflüssigkeit hingewiesen haben, konnten sich neuerdings bei einer gröfseren Reihe von Untersuchungen davon überzeugen, dafs sich in mehr als 50% der Fälle von idiopathischer Hydrocele Spermatozoen im Erguſs finden, während sie in symptomatischen Hydrocelen niemals vorkommen. Die Spermatozoen entstammen kleinen, an den Spermawegen, besonders an der Epididymis befindlichen, in die Vaginalis durchgebrochenen Cysten. Die Ruptur solcher Cysten ist in einer grofsen Anzahl von Fällen die alleinige Ursache der idiopathischen Hydrocelen.

Die zuerst von Poncet und seinen Schülern, dann auch von Tuffier und Jousset aufgestellte Theorie von der tuberkulösen Natur der idiopathischen Hydrocelen halten die Verfasser für falsch; ihre eigenen Impfversuche ergaben ebenso wie die Impfungen Vidals und Courments ausnahmslos negative Resultate. Die Tuberkulose spielt demzufolge in der Pathogenese der idiopathischen Hydrocelen zum mindesten keine wesentliche Rolle. *Götz-München.*

Vorsicht bei Varicocele-Operationen, von Porter. (*Brit. med. Journ.* 18. Juli 1903.) Ein Soldat wurde im September 1902 wegen linksseitiger Varicocele operiert. Im Februar 1903 erkrankte er an Typhus, und Anfang März entzündete sich der linke Testikel. Derselbe haftete fest am Skrotum und erwies sich bei genauer Untersuchung als absolut degeneriert, so dafs er im Mai entfernt werden mufste. Der Samenstrang hatte das Aussehen einer dicken, fibrösen Masse. Irgend ein deutliches Blutgefäfs konnte nirgends entdeckt werden. — Bei Operationen wegen Varicocele begehen manche Operateure den Fehler, dafs sie sich nur mit der Isolierung des Vas deferens begnügen und alles andere im Strange abbinden. Dadurch kommt es, dafs der zugehörige Testikel, wie im vorliegenden Falle, fast gar nicht mit Blut versorgt und bei Entzündungen nicht imstande ist, dieselben zu überwinden.

C. Berliner-Aachen.

Eine improvisierte Methode der Varicocele-Operation, von Lucien Loftos-Belfield. (*New York and Philad. med. Journ.* 1. Aug. 1903.) L. geht wieder auf die alte Ligatur-Methode zurück, welche ihm in einem Dutzend Fällen vollständigen Erfolg gebracht hat. Der Patient wird in halbliegender Stellung operiert; das Gefäfsbündel wird sorgfältig gefafst und oberhalb und unterhalb mit einer entsprechend gekrümmten Nadel von ca. 8 cm Länge umstochen. Die Venenmasse wird vorsichtig gegen die Innenseite des Hodensacks gezogen, und zwar, wenn nötig, kann dies mehrmals wiederholt werden. Das Zusammenziehen und Knüpfen der Fäden geschieht natürlich erst dann, wenn man sich überzeugt hat, dafs Samenstrang und Arterien gehörig davon getrennt sind (erster Teil der Operation). Es wird bei diesem Operationsverfahren nur eine Öffnung in das Skrotum gemacht, und dadurch, dafs der Venenplexus fest den Wänden desselben nach der Operation anliegt, kann der Patient vermittels eines gut sitzenden Suspensoriums schon am nächsten Tage seiner gewohnten Beschäftigung wieder nachgehen. In keinem seiner Fälle erlebte L. eine ernstere Entzündung. Schmerz oder Temperaturerhöhung infolge der Operation. Die komplette Atrophie tritt im Durchschnitt in ca. sechs Monaten ein, während schon nach vier bis sechs Wochen eine weitere Behandlung nicht mehr nötig ist. *Stern-München.*

Über Hydrocelen, von Trnka. (*Militärarst.* 1903. Nr. 5 u. 6.) Aus dem auf der Karlsbader Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrage des Verfassers interessiert

uns nur, dafs er als Operationsmethode der Hydrocele das Winkelmannsche Verfahren empfiehlt. *F. Hahn-Bremen.*

Führt die Unterbindung des Ductus deferens zur Atrophie des senilen Hodens? Von X. Spangaro. (*Lo Sperimentale.* 1903. Nr. 3.) Der Verfasser beantwortet diese Frage auf Grund von experimentellen Untersuchungen dahin, dafs diese Operation bei Greisen entweder gar nicht oder dann erst sehr spät und unter Mitwirkung besonderer Umstände (Abnutzung des Organs) zur Atrophie des Hodens führt. *C. Müller-Genf.*

Über eine seltene Mifsbildung an den Vasa deferentia, von Franz Luksch. (*Prag. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 33.) Bei der Sektion fand der Autor ein cystisches Gebilde, welches 2 cm oberhalb des oberen Randes der Prostata zwischen beiden Vasa deferentia safs, mit beiden fest verbunden, aber nicht kommunizierend. Die Wandungen enthielten viel Muskelgewebe. Verfasser hält die Cyste für einen Rest der Müllerschen Gänge. Die ganze Formation wäre danach ein Hermaphroditismus spurius masculinus internus. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Spermaturie, von Arthur R. Elliot-Chicago. (*New York med. Journ.* 13. Juni 1903.) Nach E.s Erfahrung kann dieser Zustand zuweilen Albuminurie vortäuschen und bei einer Anzahl von 1000 Fällen sorgfältig untersuchten Urins waren in 56 derselben Spermatozoen im Urin vorhanden, wovon wiederum 44 die Eiweifsreaktion ergaben; in 20 dieser Fälle waren keine anderen Elemente, wie Blutzellen, Eiter oder Zylinder, für die Eiweifsreaktion verantwortlich zu machen, so dafs also in zwei Prozent aller Fälle dieselbe allein auf die Spermatozoen zurückzuführen war. E. führt aus seinen Beobachtungen drei Fälle an, welche die Irrtümer lehren, die durch diese falsche Albuminurie besonders in der Lebensversicherungspraxis vorkommen können. E. zeigt hierbei, dafs die chemischen Reaktionen, welche die Samenbestandteile im Urin hervorrufen, sehr ähnlich den durch Serumalbumin erzeugten sind, und bespricht kurz die verschiedenen Ursachen der Spermatorrhoe (organische und funktionelle Perversität des Geschlechtsapparates, wie Masturbation, als Folge von Blennorrhoe, chronische Entzündung der Urethra posterior und des Ductus ejaculatorius, im späteren Lebensalter Prostatahypertrophie, gewisse Erkrankungen des Zentralnervensystems, wie Tabes dorsalis, Myelitis, nach epileptischen Anfällen.) *Stern-München.*

c. *Prostata.*

Einige Prostatabeobachtungen, von Robert Holmes Greene-New York. (*Amer. Practitioner and News.* März 1903.) Von 214 nicht ausgesuchten Urethritiden waren 34% rein anterior, 66 % hatten die hintere Harnröhre mitergriffen. Eine Mitbeteiligung der Prostata zeigten von den 142 Fällen der zweiten Kategorie 101, von den 72 Fällen der ersten einer. Die Affektion der Prostata betraf 73mal den linken, 19mal den rechten Lappen; in 10 Fällen war eine allgemeine Vergrösserung zu konstatieren. Die Untersuchung der Prostata wurde in der Weise vorgenommen, dafs nach gründlicher Ausspritzung der Pars anterior mittels Katheters, der Urin entleert, danach die Blase ausgespült und schliefslich die Massage der Prostata ausgeführt wurde. *W. Lehmann-Freiburg i. B.*

Die Zusammensetzung des normalen Prostata-Sekretes, von H. Stern-New York. (*Amer. Journ. med. science.* Aug. 1903.) Enthält eine ausführliche Reihe von Einzelheiten, welche im Referate nicht wiedergegeben werden können. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beiträge zur Pathologie der Prostata, von Eugen Remete. (*Wiener klin. Rundsch.* 1903. Nr. 6.) Zwei interessante Fälle von einseitiger Involution der Prostata

nach vor Jahren erfolgter einseitiger Kastration. Im ersten Falle handelt es sich um einen 67jährigen Patienten, dem vor 9 Jahren ein Hoden wegen eines Tumors entfernt war. Die entsprechende Prostatahälfte war atrophisch im Gegensatz zu der anderen hypertrophischen Hälfte. Dem anderen Patienten war nach einer Verletzung ein Hoden entfernt. Nach 22 Jahren ist die entsprechende Prostatahälfte ganz geschrumpft. — Es folgt aus diesen Beobachtungen, daſs die Elimination des Hodens eine Involution der normalen Prostata hervorruft. Die hypertrophische Prostata aber wird durch Kastration nicht zur Verkleinerung gebracht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bericht über einen Fall von Exstirpation eines Tumors der Prostata wegen Urinretention, von W. Prior Purvis-Southampton. (*Lancet.* 25. April 1903.) Der 69jährige Patient war ziemlich plötzlich an Urinverhaltung erkrankt, mit bald nachfolgenden ernsten Allgemeinerscheinungen, groſser Schwierigkeit und Blutungen beim Katheterisieren, wobei eine sehr groſse harte Prostata konstatiert wurde. Es wurde die Blase von der Abdominalwand her inzidiert, und die vergröſserte Prostata wurde mittels der Finger stumpf ausgeschält und in vier Stücken herausgeholt. Dabei wurde zweifelsohne die Schleimhaut der Pars prostatica urethrae mit entfernt. Die exstirpierte Masse wog ca. 200 g. Trotz heftiger Blutung und einigen bedrohlichen Erscheinungen im späteren Verlauf trat vollständige Heilung ein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Prostatakrebs und seine Behandlung, von R. Harrison-London. (*Brit. med. Journ.* 4. Juli 1903.) Krebs der Prostata tritt in der Mehrzahl der Fälle schon im Alter von 50 Jahren auf und ist gewöhnlich mit beträchtlichen Lenden- und Ischiasschmerzen verbunden. Die rectale Untersuchung ergibt ein steinhartes, stark fixiertes Gewächs, das nicht sehr viel in die Blase hineinragt und makroskopisch wie mikroskopisch einen Scirrhus der Brust sehr ähnlich ist. Soll die Prostatektomie, welche einzig und allein helfen könnte, von Erfolg gekrönt sein, so muſs die Diagnose sehr frühzeitig einwandsfrei gestellt, und die Operation nach gründlicher cystoskopischer Untersuchung sofort ausgeführt werden, ehe die benachbarten Femoral- und Inguinaldrüsen in Mitleidenschaft gezogen worden sind.

Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose des Prostatakrebses von einfacher Prostatahypertrophie und Adenom der Prostata.

Die Krankengeschichten einiger Fälle illustrieren das Gesagte.

C. Berliner-Aachen.

Einige Gesichtspunkte zur Pathologie und Therapie der Prostata-Obstruktion, von W. B. Clarke. (*Brit. med. Journ.* 4. Juli 1903.) Es gibt eine Reihe von Fällen, bei welchen die Prostata nicht wesentlich oder vielleicht gar nicht vergröſsert ist. Unternimmt man die Operation, so findet man die Prostata hart und fibrös, unmöglich, sie zu enukleieren und schwer zu entfernen. Es handelt sich dann mehr um eine partielle Exzision. Die Heilerfolge sind jedoch vorzügliche. Die mikroskopische Untersuchung der exzidierten Teile bestehen aus atrophischen Drüsenelementen, fibrösem Gewebe und nur sehr wenig aus ursprünglichem Muskelgewebe der Prostata. Die Befunde deuten nach der Ansicht französischer Autoren auf einen chronisch-entzündlichen Prozeſs hin, der zur Sklerose und Destruktion der prostatischen Drüsenelemente geführt hat. Guyon sieht die Prostatavergröſserung als einen Teil einer allgemeinen senilen Veränderung an, und sein Schüler Launois glaubt, daſs sie stets von Arteriosklerose begleitet und wahrscheinlich eine Folge derselben sei. Dieser Ansicht ist Verfasser nicht; vielmehr decken sich seine Erfahrungen mit denen Caspers, der mit Recht den beiden Autoren entgegenhält, daſs Arteriosklerose sonst im Körper zu einer Degeneration, aber nicht zur Hypertrophie führe. Mechanische Hindernisse der Harnentleerung können durch verschiedene Formen der

Prostataveränderungen hervorgerufen werden. Hauptsächlich sind es zwei Formen: die Sklerosierung der Prostata und die Prostata-Adenome. Beides sind durchaus verschiedene Prozesse, obwohl sie zuweilen bei einem und demselben Individuum auftreten können. Der Verfasser bespricht die operative Behandlung der verschiedenen Formen der Prostata-Obstruktion und teilt die Krankengeschichte einiger prägnanter Fälle mit. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Behandlung der Prostatahypertrophie, von Leopold Casper-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 24.) C. berichtet über 131 von ihm behandelte Fälle, von denen 7 geheilt, 54 gebessert, 47 unbeeinflufst, 7 verschlechtert wurden, während 16 starben. Die Behandlung war teils operativ, teils ohne Operation, und teilt C. seine Erfahrungen über die einzelnen Behandlungsmethoden mit, die alle keine besonders glänzenden Resultate liefern. C. ist für geeignete Fälle ein Anhänger der Operationen, während er anderseits die Gefahren nicht verkennt und sich wohl bewufst ist, dafs der Erfolg des Eingriffes mit der Technik, über die wir bis heute verfügen, durchaus unsicher ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Behandlung der Prostatahypertrophie, von O. Witzel. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1903. Nr. 34.) In der Sitzung am 9. März 1903 der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn sprach W. über obiges Thema. Die besten Erfolge erzielen die Bottinische Operation und die Anlegung eines Schrägkanals an der Harnblase, letztere Operation, die Verfasser seit seiner ersten Mitteilung sehr vereinfacht hat, beschreibt er. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Wahl der Technik bei Operation wegen Prostatahypertrophie, von Charles H. Chetwood-New York. (*Med. News.* 8. August 1903.) Die Art der Operation, welche Ch. allen anderen vorzog, ist die perineale Cystotomie mit nachfolgender galvanokaustischer Prostatotomie; es wurden im ganzen 45 Fälle verschiedener Art von ihm und seinen Kollegen auf diese Weise operiert. Als direkte Folge der Operation trat nur in einem Falle, bei einem sehr geschwächten Manne, der Tod ein, 30 Fälle wurden geheilt oder bedeutend gebessert, 5 nur teilweise gebessert usw. Alle zeigten mehr oder weniger hochgradige Cystitis, der Residualharn variierte von 90 ccm bis 300 ccm und mehr. Das Alter der Patienten war von 40 bis 79 Jahre. Als Resumee seiner Erfahrungen erklärt Ch. die Prostatotomie für weniger gefährlich als die Prostatektomie und als die Operation der Wahl in einer grofsen Anzahl von Fällen von Prostatahypertrophie, besonders dann, wenn dieselbe nur eine mäfsige, Hypertrophie am Orificium und Kontraktur der Blase vorhanden ist, wobei die erste Indikation Entfernung des obstruierenden Hindernisses ist. Die galvanokaustischen Inzisionen, kombiniert mit perinealer Cystotomie, erfüllen in ausreichender Weise den gewünschten Zweck, kürzen die Operation ab und reduzieren deren Gefahren auf ein Minimum. *Stern-München.*

Die intrakapsuläre Prostataresektion als Normalverfahren bei Prostatahypertrophie, von Rydygier. (*Centralbl. f. Chir.* 1902. Nr. 41.) Verfasser empfiehlt die bereits vor zwei Jahren von ihm empfohlene Operation, die ein rasches, meist wenig blutiges Operationsverfahren darstellt, und, da man die Eröffnung der Prostata vermeidet, den Wundverlauf und die Nachbehandlung abkürzt. Verfasser kam in den meisten Fällen mit dem wenig verletzenden Rapheschnitt aus, arbeitet sich nach Einlegung eines dicken Katheters in die Harnröhre stumpf in die Tiefe, schneidet die Prostatakapsel zunächst an der einen Seite breit auf und schält nun den Lappen dieser Seite mit dem Finger stumpf, bald näher an der Kapsel, bald mehr in den tieferen Schichten, je nachdem wie es gelingt, heraus und reseziert ihn über einer dicht neben der Harnröhre angelegten langen Klemmzange; ebenso verfährt man auf der anderen Seite. *F. Hahn-Bremen.*

Die radikale Behandlung der Prostatahypertrophie, von P. J. Freyer. (*Brit. med. Journ.* 17. Oktober 1903.) Der Verfasser berichtet über eine weitere Serie von 82 Fällen, bei denen wegen Vergrößerung der Prostata die totale Exstirpation derselben ausgeführt worden ist. *C. Berliner-Aachen.*

Ein neuer elektro-kaustischer Inzisor für die Bottinische Operation bei Prostatahypertrophie, von Hugh H. Young. (*Ärztl. Polytechnik.* 1902. Nr. 7.) Eine Modifikation des Freudenbergschen Inzisors. Derselbe enthält vier auswechselbare Ansätze mit verschiedenen Krümmungen. Das Zurückgleiten des Schnabels in die Urethra ist unmöglich gemacht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Indikationen und Kontraindikationen der Prostatektomie, von L. Bazet-San Franzisko. (*Med. News.* 29. August 1903.) Nach Beschreibung der verschiedenen Untersuchungsmethoden (manuelle; weiche und harte, Metallkatheter) erklärt sich B. fast für alle Fälle von Prostatahypertrophie als Anhänger der perinealen Prostatektomie. Die Gegenanzeigen dieser Operation bilden für B. vor allem allgemeine Schwächezustände und zu hohes Alter — bei Leuten über 72 Jahre macht er sie nicht mehr —, sodann Infektion, d. h. ein Zustand akuter Kongestion und Fieber, wobei gleichzeitig chronische sklerotische Prozesse und Niereninfektion vorhanden sind. *Stern-München.*

Zwölf Fälle von Prostatektomie, von Herescu-Bukarest. (*Revista de Chir.* 1903. Nr. 4.) Die zwölf Fälle werden weitläufig beschrieben. Das Resultat der Operationen (drei wurden nach der Methode der Sectio suprapubica und die übrigen auf dem perinealen Wege operiert) war: elf Heilungen und ein Todesfall bei einem 65jährigen Manne mit Harninfektion, welcher drei Wochen nach dem Eingriffe starb. *C. Müller-Genf.*

Erfahrungen mit perinealer Prostatektomie, von F. Kammerer. (*New York. med. Monatsschr.* 1903. Nr. 1.) Durch einen Bogenschnitt vor dem Rectum von einem Tuber ischii zum anderen gestattet leicht die Freilegung der hypertrophischen Prostata. Die Verletzung des Rektums verhütet man durch Einführen des Zeigefingers. Die Prostata wird aus der Kapsel ausgeschält. Verfasser hat neun Fälle operiert, von welchen einer gestorben ist, bei dem die Wunde eine gangränöse Beschaffenheit bekam. Bei den anderen Fällen schwand stets der Residualharn, der schmerzhafte Harndrang ließ nach. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Perineale Prostatektomie, ohne Harnröhre oder Blase zu öffnen — unbefriedigendes Resultat — nachfolgende Kautherisation einer En Colarette-Verengerung der Blasenöffnung — Heilung —, von Jos. Rilus Eastman-Indianopolis. (*Med. News.* 5. Sept. 1903.) Wie der lange Titel besagt, führte die Prostatektomie bei dem 69jährigen Patienten nicht zu dem gewünschten Resultate, vielmehr war immer noch eine erhebliche Menge Residualharnes vorhanden; drei Wochen später mußte die Perinealwunde, die noch nicht geschlossen war, wieder zugängig gemacht und die Urethra geöffnet werden. Bei Passieren des Fingers durch den hinteren Teil derselben fand sich eine dünne strikturähnliche Verengerung am Blaseneingang; dieselbe wurde durch galvanokaustischen Einschnitt in die konstringierende Partie behoben und endgültige Heilung erzielt. Diese zweizeitige Operation mit sekundärer galvanokaustischer Behandlung hält Verfasser für weit besser als die Bottinische Methode, wo man blindlings (ohne Perinealinzision) „die Blasenschleimhaut mit heißem Rauch und Dampf, welcher keinen Ausweg habe, erfülle." *Stern-München.*

Die totale perineale Prostatektomie zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von G. Nicolich. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 22.) Die perineale Prostatektomie ist gegenüber der Bottinischen Operation in den Vordergrund zu stellen, da sie bessere Resultate gibt und die Mortalität eine geringe ist. Das ist der

Fall, seitdem Proust und Gosset eine neue Operationsmethode angegeben haben, welche die Entfernung aller Prostatalappen gestattet und nicht die Gefahren der Blutung, der periprostatischen Phlebitis und Fistelbildung mit sich bringt. Albarran hat auf diese Weise schon 42 Prostatiker operiert; nur einer starb fünf Wochen später an Pyelonephritis. Von den 41 geheilten konnten 39 nach einigen Wochen spontan urinieren; bei einem Patienten hatte die Harnverhaltung sogar schon zehn Jahre bestanden. — Die Operation erfordert zuerst die Bloßlegung der hinteren Prostatawand, dann die Exstirpation der Drüse. — Sie ist indiziert bei kompleter und inkompleter chronischer Harnverhaltung, wenn der Allgemeinzustand ein befriedigender ist, Nieren und Zirkulationsorgane intakt sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von totaler Prostatektomie durch den hohen Blasenschnitt, von W. C. Collins. (*Lancet.* 4. Juli 1903.) An dem 77jährigen Patienten, der seit zwei Jahren fast nur mittels Katheters uriniert hatte und große Qualen litt, wurde mit bestem Erfolg die von Freyer empfohlene „Totalexstirpation" der Prostata vorgenommen. Das Ausschälen gelang verhältnismäßig leicht, und die entfernte Masse wog 50 g. Etwa sechs Wochen nach der Operation konnte Patient bei gut verheilter Wunde etwa 1/4 Liter Urin in der Blase halten, und der normal entleerte Urinstrahl hatte eine Länge von einigen Fuß. Seitdem hat C. mit ähnlichem Erfolg einen anderen 70jährigen Patienten operiert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die totale Exstirpation der Prostata bei Prostatahypertrophie, von P. J. Freyer-London. (*Brit. med. Journ.* 4. Juli 1903.) Der Verfasser teilt eine weitere Serie von 14 Fällen mit, von denen der erste drei Tage nach der Operation eine Pneumonie bekam und einige Tage später daran zugrunde ging. Verfasser hatte sich zur Operation in diesem Falle nur sehr schwer entschließen können, weil der 65jährige Patient schon in sehr geschwächtem Zustande und mit Nierenerscheinungen in die Behandlung kam. Bei den übrigen 13 Fällen wurde durch die Enukleation der Prostata ein vollständiger Erfolg erzielt. *C. Berkiner-Aachen.*

Einige Fälle von Prostatektomie, nach einem gewissen Zeitraum beobachtet, von Alex. B. Johnson-New York. (*Med. News.* 1. Aug. 1903.) Bei wenigen chirurgischen Eingriffen ist wohl ein Einblick in den späteren Zustand des Patienten so wichtig und für die Beurteilung des operativen Erfolges überhaupt maßgebend, wie bei den wegen Prostatahypertrophie ausgeführten. J. geht in der Weise vor, daß er eine perineale Inzision und außerdem eine abdominale macht, welche letztere dazu dient, daß man zu dem prävesikalen Raum gelangt und mit der linken Hand einen Gegendruck für die im Perineum operierende rechte ausübt. Bei sehr mageren Leuten kann man sich nach J.s Ansicht auch den Bauchschnitt sparen und die Prostata genügend in das Perineum herabziehen. In den vier Fällen, wo J. Gelegenheit zu späterer Beobachtung hatte (nach 3 Monaten bis zu 3 1/2 Jahren), handelte es sich um relativ günstig gelagerte Fälle im Alter von 57—64 Jahren. In all diesen trat normale Harnfunktion ein, Cystitis und Residualharn waren vollständig oder zum großen Teile verschwunden, das sexuelle Bedürfnis war jedoch nicht mehr vorhanden oder hatte bedeutend abgenommen, ebenso waren Erektionen fehlend oder sehr schwach. Genauere Beschreibung der Fälle. *Stern-München.*

Über die Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata, von O. Zuckerkandl. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 44.) Die Prostatektomie ist heute stets eine intrakapsuläre, indem die bloßgelegte Prostata aus der sie umgebenden Kapsel ausgeschält wird. Verfasser hat die Operation nur in den vorgeschrittensten Stadien des Prostatismus ausgeführt, und zwar achtmal auf perinealem Wege. Verfasser gibt genau die Methodik an und hebt die unerwarteten Vorkommnisse und die Komplikationen (dreimal

Epididymitis!) hervor. Das Endergebnis war ein befriedigendes. Alle Kranken haben die Fähigkeit der spontanen Harnentleerung vollkommen wiedergewonnen.; dieselbe wurde wieder eine juvenile. Residualharn war später nicht mehr nachweisbar. Dennoch hält Verfasser die Operation nur indiziert bei chronischer kompletter Harnverhaltung, bei inkompletter nur, wenn sie mit quälenden Symptomen einhergeht oder wenn die Harnröhre für Katheter schwer passierbar ist, leicht blutet, endlich wenn neben der Prostatahypertrophie Blasensteine vorhanden sind. Diabetes, Atherom, eitrige Nierenzerstörungen sind Kontraindikationen. — In zwei Fällen wurde die Prostatectomia suprapubica ausgeführt nach Eröffnung der Blase; beide endeten letal. Man kann ja die Prostata von einem Schleimhautschlitz aus mit dem Finger stumpf auslösen, aber die Wundhöhle liegt zu ungünstig. Absolut verwerfen will Verfasser das Verfahren nicht; bei isolierter Hypertrophie der vesikalen Prostatateile, bei schweren Hämaturien kann man an sie denken. — Krankengeschichten und Abbildungen erläutern die Ausführungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Prostatektomie wegen vollständiger Harnretention und erschwertem Katheterismus, von J. Pages. (*Revista-Ibero-Americana de Ciencias med.* Sept. 1903.) Der einen 64jährigen Mann betreffende Fall bietet nichts Besonderes.

C. Müller-Genf.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie, von J. G. Schattock. (*Brit. med. Journ.* 24. Okt. 1903.) Der Verfasser beschäftigt sich eingehend mit der Prostatektomie nach Freyers Methode und erörtert an der Hand eigener Erfahrungen die Licht- und Schattenseiten dieser operativen Behandlung der Prostatahypertrophie.

C. Berliner-Aachen.

Zur Frage der Entzündung der Vorsteherdrüse, von Sarzien. (*Prakticheski Wratsch.* 1903. Nr. 14 u. 15.) An der Hand von zehn genau beschriebenen Krankengeschichten liefert Verfasser ein Bild dieser Erkrankung und faßt zum Schluß seine Ansicht in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die chronische blennorrhoische Prostatitis ist eine sehr häufige Erkrankung, die keine bestimmte Symptomatologie hat.

2. In allen Fällen von chronischer Urethritis muß die Prostata untersucht werden.

3. Die bisher üblichen Behandlungsmethoden garantieren keinen Erfolg, weshalb man ernstlich wirksamere suchen muß.

4. Als eine derartige Behandlungsmethode schlägt Verfasser (theoretisch) medikamentöse Injektionen in das Parenchym der Drüsen selbst vor.

Arth. Jordan-Moskau.

Zum Kapitel der chronischen Prostatitis, von Edmund Bonn. (*Prag. med. Wochenschr.* 1903. No. 25.) Unter 73 chronischen Blennorrhoen fand sich 50 mal eine chronische Prostatitis. Zahlreiche Leukozyten im exprimierten Saft sind allein beweisend; daneben sind von Wichtigkeit kleine Prostataepithelien, mit großem, fast den ganzen Zellleib ausfüllendem Kern, die oft in einem netzartigen Stroma eingelagert erscheinen. — Gonokokken waren in 6% der Fälle vorhanden. — Therapeutisch sind zu empfehlen: digitale Massage, Ichthyol und Jodkalium als Suppositorium oder Klysma, Sondenbehandlung, Instillationen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Vibrationsmassage bei der Behandlung der chronischen Prostatitis, von Louis E. Schmidt-Chicago. (*St. Louis Courier.* Aug. 1903.) In den Fällen, wo die manuelle Massage keine Besserung bei der Prostatitis erzielt, empfiehlt Schmidt die Vibrationsmassage, welche über die ganze rektale Oberfläche der Drüse anzuwenden ist und 3—5 Minuten Zeitaufwand erfordert. In einer Anzahl von Fällen nimmt die Drüse wieder ihre normale Konsistenz an, die Empfindlichkeit verschwindet, die abnormen Sensationen werden geringer und die sexuellen Erscheinungen befriedigender.

Besonders letzteres ist bei der grofsen Neigung der Patienten zu Hypochondrie von Wichtigkeit. Auch bei alten entzündlichen Herden in der Urethra posterior empfiehlt Schm. die Vibrationsmassage, wobei eine Beniqué-Sonde mit einer Metallspirale verbunden und diese mit einem Hammer in Vibration versetzt wird. Schliefslich kann nach Verfasser diese Methode der Elektrotherapie in Fällen von einfacher sexueller Erschöpfung, wo keine Infektion oder Entzündung der Prostata vorhanden ist, empfohlen werden; in den zwei Jahren, wo er sie bis jetzt anwandte, hat sie ihm befriedigende Resultate gegeben, während andere Mittel erfolglos waren.

Stern-München.

Die Hygiene des Prostatikers, von Desnos. (*Revue des maladies de la nutrition.* Juli 1903. Nach *Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 35.) Die hygienischen und diätetischen Vorschriften, die D. hier gibt, enthalten im wesentlichen nichts Neues. Erwähnt sei nur, dafs D. zur Bekämpfung der Prostatakongestionen angelegentlich die Bauchmassage mit oder ohne Elektrisierung empfiehlt. *Götz-München.*

Ein Beitrag zur mechanischen Behandlung der Prostata, von Laskowski-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 27.) Verfasser gibt in dieser Arbeit die Beschreibung zweier Apparate, mit denen eine Vibrationsmassage der Prostata ermöglicht werden soll. Der eine Apparat, der „Prostatavibrator", wird durch den After eingeführt und wirkt direkt auf die Prostata ein; seine Anwendung soll besonders empfehlenswert sein zur Behandlung chronischer Prostatitiden und von nervösen Störungen der Prostatafunktion. Den anderen Apparat nennt Verfasser die „Zitterklammer". Sie besteht aus zwei federnden Brettchen, zwischen die eine gröfsere Hartstahlfeder eingeklemmt ist; die Brettchen werden so auseinandergespreizt, dafs das eine auf die Symphyse, das andere an den Damm zu liegen kommt. Ein Schlägel setzt den Apparat in Tätigkeit; dadurch kommt nicht bloſs die Prostata in Schwingung, sondern alle über und hinter der Symphyse gelegenen Organe, Blase, Rektum, Samenbläschen, die nervösen Plexus. Bei allen Krankheiten, bei denen eine Massage dieser Organe angezeigt ist, wird sich diese Zitterklammer von Nutzen erweisen, auch bei Enuresis nocturna, reizbarer Blase, gewissen Formen von Impotenz usw. Der Prostatavibrator kann auch mit Kühlvorrichtung versehen werden.

A. Loewald-Kolmar.

d. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Einige Urinuntersuchungen bei Kindern, von A. W. Fuller-London. (*Lancet.* 10. Okt. 1903.) Verfasser hat bei 63 Kindern im Alter von sechs Monaten bis zu zwölf Jahren eine Reihe von genauen Bestimmungen ausgeführt in bezug auf die in 24 Stunden ausgeschiedene Urinmenge, sowie bezüglich des Gehalts an Harnstoff und an Purinkörpern. Er ist in mancher Beziehung zu anderen Resultaten gelangt wie frühere Forscher, namentlich ist in bezug auf die Urinmenge ein grofser Unterschied vorhanden, indem diese bei den englischen Kindern erheblich geringer gefunden wurde, als z. B. von deutschen Forschern angegeben worden ist, während der Gehalt an Harnstoff eine höhere Ziffer aufwies. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Rolle der anaëroben Mekrobien bei der Infektion des Urins, von Albarran und Cottet - Paris. (*Presse méd.* 1903. Nr. 6.) Die beiden Verfasser glauben, dafs in allen Fällen von gangränösen und foetiden Prozessen die kausalen Eitererreger hauptsächlich anaërobe Keime sind. Bei den vulgären Eiterungen können letztere ebenfalls, allein oder mit aëroben Keimen vergesellschaftet, vorhanden sein. Auch vermögen sie unter Ausschluſs der aëroben Mikrobien Erreger von allgemeiner Infektion durch die Blutbahn zu werden. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von grünblauem Urin, von Will. Gibb Dun-Glasgow. (*Scott. Journ.* Aug. 1903.) Der Fall betraf eine 65jährige Frau, welche von einem amerikanischen Arzt ein „Allheilmittel" gegen Rheumatismus zugesandt erhalten hatte. Die genaue Untersuchung des Urins, welche Carstairs Douglas in spektroskopischer und jedmöglicher chemischer Beziehung vornahm (Aufführung von elf Reaktionen), ergab zur Evidenz, dafs geringe Mengen von Methylenblau dem Heilmittel beigefügt waren. Von diesem selbst konnte leider nichts zur Untersuchung erhalten werden.

Stern-München.

Bence Jonessche Albumosurie im Verein mit eigentümlichen nervösen Erscheinungen, von L. N. Boston-Philadelphia. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* April 1903.) Die Bedeutung des Auftretens der nach Bence Jones benannten Albumose im Urin ist in klinischer und in pathologisch-anatomischer Hinsicht noch keineswegs ganz klargelegt. Meistens ist diese Abnormität im Verein mit Neubildungen und sonstigen Veränderungen am Knochengerüst beobachtet worden, anderseits sind auch vielfach Störungen seitens des zentralen und peripheren Nervensystems konstatiert worden. B. berichtet über eine 53jährige Witwe, bei der zeitweilig Albumose im Urin nachzuweisen war. Nebenbei enthielt derselbe eine Spur von Serumalbumin, sonst nur Epithelzellen, amorphe Urate und einige Leukozyten. Die Patientin hatte fünf Jahre vor der Aufnahme mit vollem Erfolg eine Mammaexstirpation wegen Karzinom durchgemacht. Sie kam in Behandlung wegen hartnäckigen Erbrechens, Obstipation, intensiven Schmerzen im Rücken und Becken, sowie im linken Bein. Alsdann folgten neuralgische Beschwerden der linken Schulter und Hand, Kribbeln, Crampi und Anästhesien der linken unteren Extremität. Am linken Knie und der Planta waren die Reflexe entschieden gesteigert, und der Dorsalklonus war deutlich ausgesprochen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über experimentelle Albumosurie, von Mieczyslaw Halpern. (*Gaseta lekarska.* 1903. Nr. 33 u. 34.) Verfasser berichtet über seine Experimente, die er im Laboratorium der medizinischen Klinik in Berlin (Prof. Senator) ausgeführt hat. Er injizierte subkutan Kaninchen Lösungen von käuflichem Pepton, Alttuberkulin, salpetersaurem Silber und Jodtinktur. Nach Injektion aller dieser Lösungen trat bei entsprechender Dosierung Albumosurie auf. Vier Kaninchen wurde Pyrodinlösung mit negativem Resultat eingespritzt. In sämtlichen Fällen wurden die Albumosen nach der Methode Salkowski-Aldor untersucht.

Ein besonderes Gewicht wird vom Verfasser dem Verhältnis der Albumosurie zur Körpertemperatur beigelegt. Er konnte keinen diesbezüglichen Parallelismus finden. Dagegen ist Verfasser geneigt, beide Symptome — Temperaturerhöhung und Albumosurie — in gewissem Sinne für analoge Prozesse zu halten. Es ist nämlich wahrscheinlich, dafs die Albumosen, als Eiweifskörper, im Organismus chemisch umgewandelt und auf diesem Wege zerstört werden können; die Temperaturerhöhung könnte in diesem Falle wohl dazu beitragen, diesen chemischen Prozefs lebhaft zu befördern.

Auf diese Weise könnte sich der Organismus auf zweierlei Wegen der Albumosen entledigen: 1. durch die Nieren, eine Albumosurie hervorrufend, und 2. durch den Stoffwechsel, der durch Temperaturerhöhung lebhaft befördert wird.

Leo Feuerstein-Bad Hall.

Über Anurie, von E. Apolant-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 29.) Ein 70jähriger Herr, Gichtiker, bei dem mit dem Urin öfter Gries, aber nie Steine abgegangen waren, erkrankte mit Harnbeschwerden, und sehr bald hörte die Harnausscheidung völlig auf. Das Allgemeinbefinden war gut, nur anfangs waren Schmerzen in der rechten Seite und Brechneigung aufgetreten. Ein Versuch Nitzes, am vierten

Tage den Ureterenkatheterismus vorzunehmen, gelang nicht, da eine Blutung das Gesichtsfeld verdunkelte. Am achten Tage wurde der Versuch wiederholt, da Zeichen beginnender Herzschwäche und Urämie bemerkbar wurden, diesmal mit Erfolg; es kam aus dem rechten Ureter zuerst fast nur Blut, dann eine ungeheure Menge Urin. In den ersten 24 Stunden wurden ca. 10 Liter Urin entleert. Nach wenigen Tagen war der Patient wieder wohlauf. Vermutlich war die Ursache der Anurie Einklemmung eines Steines in den rechten Ureter, Die Anamnese ergab übrigens, dafs Patient bereits vor acht Jahren einen gleichen Zustand von neun Tage andauernder Anurie durchgemacht hatte, der von selbst ähnlich geendet hatte wie der damalige mit Hilfe des Ureterenkatheterismus; auch damals war das Allgemeinbefinden nur unwesentlich gestört. *A. Loewald-Kolmar.*

Über die Bakteriurie, von Ferrannini. (*Rif. med.* 1903. Nr. 23.) Verfasser hat den Urin von einem Meerschweinchen und sechs Hunden untersucht und bei allen Mikroorganismen gefunden. Der einzige pathogene Pilz (Micrococcus tetragenus) wurde bei einem Hunde vorgefunden, welcher überhaupt die gröfste Anzahl von Bakterien in seinem Harne aufgewiesen hatte, und welchem behufs Erzeugung von Glykosurie Injektionen von besonderen Substanzen gemacht worden waren. Verfasser schliefst aus diesen Untersuchungen, dafs der Harn auch unter normalen Verhältnissen Mikroorganismen enthält. Ob dieselben aber aus der Urethra oder aus den Nieren (und zwar direkt aus denselben oder indirekt aus dem Blute durch den Nierenfilter) stammten, konnte F. nicht mit Bestimmtheit nachweisen. *C. Müller-Genf.*

Über Cylindrurie und Albuminurie beim Erysipel, von Pollatschek. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1903. Nr. 20.) Unter 50 untersuchten Fällen von Erysipel traten bei 38 % Zeichen einer Nierenschädigung auf; diese können in einfacher Cylindrurie ohne Albuminurie, Albuminurie ohne Cylindrurie und Albuminurie mit Cylindrurie bestehen. Das Auftreten selbst grofser Eiweifsmengen mit gleichzeitigem Erscheinen realer Elemente im Sediment kann rein transitorischer Natur sein und berechtigt noch nicht zur Stellung einer schwereren Prognose. *F. Hahn-Bremen.*

Beitrag zur Kasuistik und Ätiologie der Cystinurie, von Wassertha l-Karlsbad. (*Gaseta lekarska.* 1903. Nr. 34—36.) Nach eingehender Besprechung der heute herrschenden Ansichten über das Wesen der Cystinurie beschreibt Verfasser einen neuen Fall, den er in Karlsbad zu beobachten Gelegenheit hatte. Derselbe zeichnet sich dadurch aus, dafs die Symptome der Cystinurie im Verlaufe eines Gelenkrheumatismus akut aufgetreten sind. Im Laufe von fünf Jahren, die seit dem Beginn der Erkrankung verstrichen sind, wurden beim Patienten zweimal Cystinsteine zertrümmert. Der Urin ist alkalisch, enthält fast stets gröfsere Mengen eines Cystinsedimentes, keine sonstigen pathologischen Bestandteile, weder Leucin, noch Tyrosin, viele Lenkozyten. Vor dem Ausbruch des Gelenkrheumatismus ist der Harn nicht untersucht worden, deshalb will Verfasser die Annahme, dafs die Cystinurie mit dem Gelenkrheumatismus im direkten Zusammenhang steht, nicht für sicher bewiesen halten; es spricht aber dafür der akute Beginn einer Harnsteinaffektion im Verlauf von Gelenkrheumatismus bei einem Patienten, der nie zuvor irgendwelche Blasenbeschwerden hatte. Verfasser zitiert aus der Literatur noch zwei Fälle von Cystinurie, die auf Koinzidenz mit dem Gelenkrheumatismus hinwiesen, und plädiert, in Anbetracht der noch dunklen Ätiologie des Leidens, für genaue Beobachtung aller Fälle von Cystinurie.

Was die diätetetische Behandlung der Cystinurie anbelangt, so glaubt Verfasser, dafs die von Cantani empfohlene Fleischdiät kaum angezeigt sein kann; obwohl die Ätiologie der Cystinurie dunkel ist, kann es keinem Zweifel unterliegen, dafs es sich

dabei um Beeinträchtigung der Oxydationsprozesse des Eiweifses handelt. Nach Analogie mit anderen Stoffwechselerkrankungen empfiehlt Verfasser eine gemischte Kost mit wenig Tiereiweifs, fleifsige Muskelarbeit und viel Bewegung in frischer Luft.

Leo Feuerstein-Bad Hall.

Beitrag zur Lehre von Chylurie, von L. Feuerstein und K. Panek. (*Przegald lekarski.* 1903. Nr. 23, 24 u. 25.) Verfasser beschreiben den von ihnen durch längere Zeit beobachteten Fall von europäischer Chylurie. Bei gewöhnlicher Diät war der Tagharn stets vollkommen normal, der Nachturin (zwischen 12 und 5 Uhr) chylös. Bei Darreichung von fettreicher Kost wurden auch die Tagesportionen mehr oder weniger chylös. Die Quantität des Eiweifses betrug 0,198—0,71 %, die des Fettes (nach Soxhlet) 0,35—1,20 %. Interessant sind die Versuche der Verfasser mit Jodipindarreichung; nach derselben konnte in dem vom chylösen Urin gewonnenen Fette Jod nachgewiesen werden, womit einerseits der Zusammenhang der Chylurie mit dem Chylus, anderseits die Richtigkeit der Winternitzschen Behauptung über das Schicksal des Jodipins im Organismus bestätigt wurden. — Die quantitativen Bestimmungen der wichtigsten Bestandteile in 24stündigen Harnmengen ergaben durchwegs fast normale Verhältnisse, mit Ausnahme vom Magnesium, das in auffallend geringer Quantität gefunden wurde. — Das mikroskopische Bild des Harnsedimentes war für die Chylurie durchaus charakteristisch; die vielen darauf sichtbaren Kristalle von oxalsaurem Kalk werden von den Verfassern mit der geringen Quantität von Mg (das bekanntlich den oxalsauren Kalk im Harn löst) in Zusammenhang gebracht.

Die Resultate der qualitativen und quantitativen Untersuchung des Fettes stimmen im grofsen und ganzen mit den anderseits für das Chylusfett gefundenen überein.

Auf Grund ihres Falles und eingehender Kritik der Arbeiten über Chylurie glauben die Verfasser, die mechanische Theorie der letzteren als einzig richtige annehmen zu müssen.

Leo Feuerstein-Bad Hall.

Einseitige renale Hämaturie, von A. E. Eshner-Philadelphia. (*Amer. Journ. Med. scienc.* April 1903.) In der Literatur hat E. 47 Fälle von Blutungen aus der einen Niere, bei denen die erkrankten Organe operativ blofsgelegt und eventuell chirurgisch behandelt wurden, gesammelt. Er fügt noch den folgenden hinzu: Eine 20jährige Fabrikarbeiterin kam wegen anhaltenden Schmerzes mit gelegentlichen Exazerbationen und blutigem Urin zur Aufnahme. Das Leiden soll schon mit dem zwölften Lebensjahre begonnen haben. In der Annahme, dafs wahrscheinlich ein Nierenstein vorliege, wurde die rechte Niere freigelegt; indessen wurde nichts Abnormes gefunden, und das Organ wurde ohne weitere Eingriffe wieder eingeheilt. Nachher befand sich Patientin trotzdem sehr viel wohler, und seither (ein Jahr) ist keine Hämaturie wieder aufgetreten. Die mitgeteilten Fälle sind meistenteils ganz genaue Pendants zu diesem. Befallen waren etwa doppelt so viele Frauen wie Männer; das Lebensalter zwischen dem 20. und 40. Jahre lieferte bei weitem die meisten Fälle. Die rechte Niere war 25mal, die linke 23mal affiziert. Die grofse Mehrzahl der Patienten besserte sich ganz erheblich nach dem operativen Eingriff.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Hämaturie, von S. Talma. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1903. Nr. 3.) Der Begriff „Hämaturie" mufs auch die Fälle umfassen, in welchen Hämoglobin, Oxyhämoglobin, Methämoglobin, Hämatin und andere Blutfarbstoffderivate im Harn vorkommen, ohne an Blutkörperchen gebunden zu sein. Die verschiedenen Blutfarbstoffderivate finden sich meistens im Harn kombiniert vor, Hämoglobin neben Oxyhämoglobin, dieses neben Methämoglobin usw. — Eine grofse diagnostische Bedeutung hat die Hämatinurie, wobei man das gelöste von dem an Sediment gebundenen Hämatin

unterscheiden muſs. — Eine Hämoglobinämie kommt nur vor infolge von Cytolyse. Experimentell erzeugte Hämoglobinämie ruft eine starke, ephemere, parenchymatöse Nephritis hervor. Auch das „Schwarzwasserfieber“ ist auf Lysis der Erythrocyten zurückzuführen. — Die sehr interessanten Fälle von Methämoglobinämie und Hämatinurie, welche Verfasser anführt, wiederzugeben, würde zu weit führen. — Für Blasenblutungen ist zu beachten, daſs sich Hämatin nur in Tumoren oder Granulationsgewebe bildet. Die nach Entleerung überfüllter Blasen sich einstellende Hämaturie kann auch anders als „par décompression“ entstanden sein. Bei vorhandener Überfüllung kann eine Nekrose der Blasenschleimhaut durch Blutung sich nicht bemerkbar machen; diese tritt erst nach Entleerung auf. Das Vorkommen von Blasenblutungen bei intaktem Epithel ist sehr fraglich; Blasenkrampf befördert dieselben. Krampf des Rektums geht oft mit Krampf der Blase einher; letzterer wird sogar durch ersteren zuweilen ganz verdeckt. — Ulcerationen in der Blase bluten um so leichter während der Ruhezeiten der Blase, je tiefer sie sind. Das aus der Blase stammende Blut kommt in den meisten Fällen in feinen Gerinnseln vor. Vollkommen ungeronnenes Blut spricht für Beteiligung der Niere. Die Tuberkulose der Blase, soweit sie nicht im Trigonum sitzt, verläuft anfangs oft sehr schleichend. Die Blutungen treten intermittierend auf. Geringe Bewegungen oder Abkühlungen steigern dann dieselben erheblich. — Wo Bewegung eines Nélaton-Katheters, Ausspülungen mit 37° C. warmer Flüssigkeit, bimanueller Druck Blutung hervorrufen, kommt das Blut aus der Blase. — Hämaturie durch Blasenstein läſst nach bei Bettruhe; der Schmerz ist beim Ende des Harnens am stärksten. — Bei Karzinom können die Blutungen intermittieren; infiltrierte Blasencarcinome bluten wenig und erst spät. — Bei Urethritis posterior ist die Blutung gewöhnlich eine initiale, nur bei Urethralkrampf ist sie terminal. — Wurmförmige Gerinnsel können sich in der Urethra bei Blasen- wie bei Urethralblutung, besonders am Trigonum, bilden. — Prostatacarcinome bluten ziemlich oft, zuweilen unbemerkt in der Nacht; am Morgen dann wurmförmige Blutausgüsse. Ebenso verhält sich die Prostatatuberkulose. — Für Nierenblutung spricht Sitz des Schmerzes (in der Nierengegend, ausstrahlend in Blase und Testikel, mit Steigerung des Kremastertonus), jedoch ist dabei groſse Vorsicht nötig. — Nierenblutungen kommen vor bei Morbus Brightii, Nierentuberkulose — oft lange Zeit intermittierend —, Nierensteinen, Pyelitis, Tumoren (bei Nierentumoren der Kinder sind Blutungen selten. Manche Nierenblutungen sind in ein gewisses geheimnisvolles Dunkel gehüllt; es sind sonst ganz gesunde Menschen. Starke Bewegung, Abkühlung disponieren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über anfallsweise auftretende Hämaturie (Hämaglobinurie a frigore), von W. Gilman Thompson-New York. (*Med. News.* 3. Oktbr. 1903.) Th. berichtet über zwei Fälle dieser Art, welche bemerkenswert sind wegen des in frühem Alter (drei resp. vier Jahre) sich einstellenden Beginnes des Leidens, wegen dessen langer Dauer (14 und 16 Jahre), des Vorherrschens von Urticaria und einer wahrscheinlich vorhandenen hereditären Syphilis. Eine eifrige Durchforschung der Literatur der letzten 40 Jahre ergab im ganzen nur 206 Fälle dieser Hämaturieparoxysmen. Die geographische Verteilung derselben ist insofern interessant, als die Mehrzahl ziemlich gleichmäſsig aus England, Deutschland und Frankreich stammt, während die Vereinigten Staaten und Kanada fast völlig fehlen. Auf das weibliche Geschlecht treffen nur wenige, nicht mehr als 4—5% der Fälle. Das Alter, in welchem das Leiden am häufigsten beobachtet wird, sind das dritte und vierte Lebenszehnt, in wenigen Fällen die Kinderjahre und in einem das 71. Lebensjahr (Bruzelius). Die Dauer des Leidens ist durchschnittlich eine viele Jahrelang währende. Eine Art dumpfen Schmerzes in der Lumbalgegend, welcher über den Leib und die Hoden ausstrahlen kann, ist

in vielen Fällen ein hervorstechendes Symptom, Gelbsucht ziemlich häufig (in ca. 15 % der Fälle). Die Beschaffenheit des Urins ist je nach dem Falle eine wechselnde, die Farbe je nach der Blutmenge dunkel- bis schokoladebraun, die Totalmenge desselben oft eine beträchtliche (bis zu 12 Teile Blut auf 100 Teile Urin), das spezifische Gewicht gewöhnlich etwas hoch 1,025—1,027. Während der Anfälle kommen zuweilen Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe vor. In vielen Fällen bestehen ausgesprochene Erscheinungen von Ernährungsstörungen, neurotische Erscheinungen, speziell vasomotorischer Natur (Urticaria, Raynauds Krankheit). Körperliche Anstrengung ist in vielen Fällen die einzige auslösende Ursache für die Anfälle, bei manchen Patienten genügt ein langer fortgesetzter Spaziergang (von 2—3 Meilen). Der Einfluſs von Kälte oder von Kälte und Nässe ist in der Mehrzahl der Fälle vorherrschend. Autoptische Befunde über die Affektion fehlen, da sie an sich nie zum Tode führt. Was nun die Theorien über die Natur dieser Hämaglobinurieanfälle betrifft, so sind deren beinahe so zahlreiche aufgestellt worden, als Fälle beschrieben wurden. Th. glaubt, daſs es sich dabei um eine tief liegende Neurose handelt, welche hauptsächlich das vasomotorische System betrifft und schon durch mäſsige Grade von Erkältung, durch Muskelermüdung oder psychische Erregung hervorgerufen wird. Differentialdiagnostisch kommt besonders die Malaria-Hämaglobinurie in Betracht: dieselbe ist aber vor allem eine Krankheit der Tropen, reagiert auf Chinin, häufig werden die Malariaplasmodien gefunden, typische Kachexie und schlieſslich auch die längere Dauer der Anfälle und tötlicher licher Ausgang sind charakteristisch; bei Malaria fehlen auch die speziell angioneurotischen Symptome (Urticaria, lokale Cyanose usw.) und Veränderungen in der arteriellen Spannung. Die Behandlung der Hämaglobinurieanfälle ist hauptsächlich bei ausgesprochen syphilitischen Fällen befriedigend, welche durch Hg und J K nach einigen Berichten geheilt wurden. Übersiedlung (im Winter) in ein wärmeres Klima, Schutz vor Erkältung durch entsprechende Kleidung usw. sind gute Mittel; die Anfälle selbst können durch ein heiſses Bad oder Bettruhe mit heiſsen Tüchern oder Flaschen und heiſsen Getränken abgeschnitten werden, als Stimulantien sind Chloroformwasser, Hofmannstropfen u. a. von Vorteil. *Stern-München.*

Paroxysmale Hämatoporphyrinurie, von Pal. (*Zentralbl. f. inn. Med.* 1903. Nr. 25.) Man ist über die Bedeutung der Hämatoporphyrinausscheidung noch nicht im klaren, hat sie aber auſser nach Sulfonal, bei Bleikolik, bei Darmblutungen auch in der Zeit zwischen den Anfällen bei paroxysmaler Hämoglobinurie beobachtet. Nun sah Verfasser einen Patienten, bei dem bei groſser Kälte, wenn er sich nicht warm genug kleidete, Anfälle von Krampf und Unbehagen in der Brust und Schmerzen in der Lumbalgegend anfallsweise auftraten, denen durch 12—24 Stunden die Absonderung von schwarzem Urin folgte. Dieser Urin enthielt Hämatoporphyrin. Anamnestisch liegt Intermittens und Lues vor. Die hervorgehobenen typischen Prodrome weisen auf Vorgänge im Sympathicus bezw. in den Gefäſsen hin. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Diagnose der Pentosurie mit dem von mir angegebenen Reagens, von M. Bial-Kissingen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 27.) Um gewissen Einwänden, die gegen sein Pentosereagens geltend gemacht wurden, zu begegnen, hat Bial die Anstellung der Reaktion etwas verändert und die Zusammensetzung ein wenig modifiziert. Das Reagens besteht aus 500 ccm 30 %iger Salzsäure, 1 g Orcin, 25 Tropfen Liq. ferri sesquichlor. Die Reaktion ist so anzustellen, daſs 4—5 ccm Reagens im Reagensglase zum Sieden erhitzt werden; nach Entfernung des Glases von der Flamme werden einige Tropfen des verdächtigen Urins hinzugesetzt, es entsteht dann sofort oder rasch nachher eine prachtvoll grüne Färbung, wenn es sich um pentosurischen Urin handelt. Die Kontrolle mit diabetischem und normalem Urin ergibt nie eine Grünfärbung. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein Fall von Pentosurie, von Ernst Bendix-Göttingen. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1903. Nr. 36.) B. hat aus der ganzen Literatur nur zwölf einwandfreie Pentosuriefälle zusammenstellen können. Die drei Fälle von Caporalis, die vielfach als echte Pentosuriefälle betrachtet werden, müssen ausscheiden, da bei denselben offenbar eine Verwechslung mit Morphium-Glykuronsäure vorliegt. Dagegen hat B. neuerdings einen Fall von Pentosurie beobachtet. Derselbe betrifft einen 52jährigen Mann, bei dem die Pentosurie gleichzeitig mit einer ziemlich beträchtlichen Albuminurie im Anschluſs an eine heftige Influenza konstatiert wurde. Irgendwelche ätiologische Momente zu eruieren, gelang in diesem Falle nicht. Alkaloide (Morphium, Kokain usw.) hat der Patient nie genommen; Polyphagie und Polyurie bestanden niemals. Der Kranke lebt von gemischter Nahrung, doch dauert die Pentosurie auch bei Veränderungen der Ernährungsweise fort. Die Verwertung anderer Zuckerarten ist eine durchaus normale, gleichzeitige oder alternierende Melliturie wurde nie beobachtet. Die bestehende Albuminurie, die wohl als Ausdruck einer chronischen Nephritis aufzufassen ist, bildet höchstwahrscheinlich eine zufällige Komplikation.

Götz-München.

Über ammoniakalische Reaktion des Harns bei Phosphaturie, sowie über Phosphaturie und Ammoniurie als objektive Symptome der Neurasthenie, von Albert Freudenberg-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 38.) Nach der allgemein gültigen Anschauung ist eine ausgesprochene ammoniakalische Reaktion immer auf die Wirkung von Bakterien zurückzuführen, die, in den Urin gelangt, den Harnstoff in kohlensaures Ammoniak zersetzen. Doch zeigt der Urin bei Phosphaturie ammoniakalische Reaktion, trotzdem er keine Bakterien enthält, daneben kann eine alkalische Reaktion vorhanden sein. Die ammonikalische Reaktion ist sowohl bei der manifesten als der latenten Phosphaturie vorhanden und auch in geringerem Grade bei der Ammoniurie. Die manifeste Phosphaturie, latente Phosphaturie und Ammoniurie stellen verschiedene Grade desselben Zustandes dar, sie können abwechselnd bei demselben Kranken angetroffen werden; auch bei Gesunden findet man sie gelegentlich als Folge einer alkalischen Diät, von geistigen Überanstrengungen, von alkalischen Medikamenten oder Mineralwassern, besonders aber findet man diese Zustände konstant bei Neurasthenie, wo sie als objektives Symptom eine gewisse Bedeutung haben.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zum klinischen Nachweis des Urobilin, von Wilhelm Schlesinger-Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 32.) Die Jaffésche Probe zum Nachweis des Urobilin, mit Chlorzinklösung und Ammoniak, versagt bei Gegenwart anderer Farbstoffe, welche Absorptionsstreifen und Fluoreszenz verdecken. Verfasser fand, daſs man auch in Harnen, die wenig Urobilin und relativ viel andere Farbstoffe enthalten, unmittelbar prachtvolle Fluoreszenz und deutliche Absorptionsspektren erhält, wenn man sie mit der gleichen Menge einer 10%igen Lösung von Zinkacetat in absolutem Alkohol versetzt und von dem entstehenden Niederschlage klar abfiltriert. Die Schärfe der Reaktion beruht darauf, daſs durch die alkoholische Zinkacetatlösung ein groſser Teil der das Auftreten von Fluoreszenz und Absorptionsstreifen störenden Farbstoffe aus dem Harn gefällt wird. Die gleichzeitige Gegenwart von Bilirubin in mäſsigen Mengen stört die Reaktion nicht; nur bei sehr reichlichem Bilirubingehalt muſs dies vorher entfernt werden.

A. Loewald-Kolmar.

Zur Frage des gleichzeitigen Auftretens von Fruchtzucker und Traubenzucker im Harn, von Alexander Lion-Würzburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 26.) Bei einem 19jährigen Manne mit akutem Gelenkrheumatismus und leichter Albuminurie konstatierte L. trotz einer durch den positiven Ausfall der Trommerschen, der Nylanderschen, der Phenylhydrazin- und der Gärungsprobe festgestellten Zucker-

ausscheidung absolute optische Inaktivität des Urins. Dieselbe konnte nur so erklärt werden, dafs im Harn neben dem rechtsdrehenden Traubenzucker auch eine linksdrehende Substanz enthalten war, und dafs dadurch die Rechtsdrehung ausgeglichen wurde. Diese linksdrehende Substanz konnte, wie L. nachweist, nur Lävulose sein, deren Vorkommen im Harn zwar selten, aber einwandfrei konstatiert worden ist. Die bei dem Kranken angestellten Versuche ergaben, dafs nach Verabreichung von Dextrose Dextrosurie, nach Verabreichung von Lävulose Lävulosurie auftrat; dagegen war der Urin, der nach gleichzeitiger Verabreichung von 70 g Traubenzucker und 50 g Fruchtzucker entleert wurde, optisch inaktiv war. Auch nach Verabreichung von 150 g Rohrzucker verhielt sich der Harn optisch inaktiv, zweifellos deshalb, weil der Rohrzucker als Fruchtzucker und als Traubenzucker ungefähr zu gleichen Teilen ausgeschieden wurde. Im Verlaufe der Beobachtungszeit erhöhte sich bei dem Patienten die Assimilationsgrenze für Dextrose wie für Lävulose. — Die alimentäre Lävulosurie wird neuerdings bekanntlich als diagnostisches Merkmal für das Bestehen einer Leberkrankheit verwertet; in dem beschriebenen Falle liefs sich eine solche nicht feststellen.

L.s Beobachtung beweist, dafs die Polarisation allein für die Bestimmung des Zuckergehaltes nicht ausreicht, dafs ferner vor der Zuführung von Fruchtzucker, den man bisher Diabetikern anstandslos geben zu können glaubte, stets die Toleranz des Patienten gegenüber diesem Kohlehydrat geprüft werden mufs. *Götz-München.*

e. *Labien, Vagina.*

Ein Versuch mit X-Strahlen bei Kraurosis vulvae, von G. H. Stover-Denver. (*New York. med. Journ.* 25. Juli 1903.) Der Versuch, welcher an einer 50jährigen Patientin mit einer Stromstärke von 220 Volt ausgeführt wurde, mifsglückte vollkommen, indem die Beschwerden nur erhöht wurden und starke Schwellung und erysipelartige Rötung eintrat; 8—14 Tage, nachdem diese heftigen Erscheinungen sich zurückgebildet hatten, wurden die ergriffenen Teile (Labia minora und die ganz zwischen diesen gelegene Schleimhaut) exzidiert. *Stern-München.*

Papilläres Cystom am Labium minus, von Jessée M. Macgregor. (*Scotts Journ.*, Aug. 1903, und *Brit. med. Journ.* 6. Juni 1903.) Der Fall ist von besonderem entwicklungsgeschichtlichem Interesse, betraf eine 28jährige unverheiratete Patientin, welche sonst gesund war, und ist neben zwei anderen in der Literatur beschriebenen der dritte seiner Art. Die Geschwulst, $1^1/_2$—2 cm an Umfang messend, safs am hinteren Drittel des linken Labium minus und hatte ein durchsichtiges Äufsere, fühlte sich aber etwas hart an. In mikroskopischer Hinsicht (siehe Abbildung) glich sie vollständig einer papillären Ovarialcyste, ebenso wie das makroskopische Bild einer solchen gleich kam. Von den drei Entstehungsarten, die in Betracht kommen könnten: 1. unteres Ende des Wolffschen Ganges, 2. Bartholinische Drüse, und 3. aberrierende Teile von Drüsen im Sulcus interlabialis neigt Verfasserin für die hier beschriebene Geschwulst der letztgenannten Entstehungsart zu, was sie auch näher begründet. Sie hält übrigens dafür, dafs ihr Vorkommen nur scheinbar ein so seltenes sei, da sie wenig subjektive Beschwerden mache, und möchte als neue Art diese „nicht maligne papilläre Cystenneubildung" den Neubildungen, welche an den Labien vorkommen können, hinzufügen. *Stern-München.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Die Blennorrhoe vom medizinisch-sozialen Standpunkte aus betrachtet, von Mirelli. (Vortrag, gehalten auf dem XIV. internationalen Kongrefs in Madrid, 1903.) Nach Aufzählung der verschiedenen Gefahren, welchen eine blennorrhoische Infektion in individueller und sozialer Beziehung aussetzt, macht der Verfasser auf

eine Reihe von allgemein verbreiteten Irrtümern aufmerksam und warnt vor den vielen Pfuschern, die sich in ganz unberechtigter Weise „Spezialisten für venerische Krankheiten“ nennen, sowie vor den zahllosen Anpreisungen in Zeitungen und Plakaten von spezifischen Heilmitteln gegen Blennorrhoe. *C. Müller-Genf.*

Blennorrhoische Allgemeininfektion und Metastasen, von Karl Ritter v. Hofmann-Wien. (*Centralbl. f. Grenzgebiete d. Med. u. Chirurg.* 1903. Nr. 7.) In Form eines Sammelberichts der gesamten Literatur gibt Verfasser einen kurzen Rückblick über den derzeitigen Stand unserer Kenntnisse vom Gonokokkengift und dessen Wirkung. Der Gonococcus selbst bleibt nicht immer an Ort und Stelle, er kann einerseits auf dem Wege der Lymphbahnen weitergelangen, anderseits aber auch ins Blutgefäfssystem einbrechen und so weitergeschleppt werden. Die Ursache der blennorrhoischen Allgemeininfektion ist noch unbekannt, die Allgemeinsymptome des Trippers erinnern in solchen Fällen an das durch subkutane Toxininjektion hervorgerufene Krankheitsbild, Fieber, Mattigkeit, Melancholie, leichter Milztumor usw. Verfasser beschreibt dann die blennorrhoischen Erkrankungen der einzelnen Organe und führt viele Krankengeschichten aus der Literatur an. Von Erkrankungen des Herzens und der Gefäfse kommen in Betracht Endocarditis, Myocarditis, Pericarditis und Phlebitis. Teil II behandelt Pleuritis blennorrhoica, der sich blennorrhoische Albuminurie und Nephritis anreiht. Den blennorrhoischen Muskelerkrankungen folgen die Augenerkrankungen, von denen Konjunktivitis, Iritis, Iridocyklitis, Dacryoadenitis, Tenonitis, Retinitis und Neuritis aufgeführt werden. Von Hautaffektionen wurden einfache Erytheme, Urtikaria, Erythema nodosum, hämorrhagische und bullöse Exantheme und Hyperkeratosen beobachtet. Zum Schlusse bespricht Verfasser noch die blennorrhoischen Erkrankungen des Bindegewebes und die Adenitiden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Klinische Studien über Blennorrhoe, von H. J. Schlasberg-Stockholm. (*Nord. med. Arkiv.* 1903. Abt. II. Heft 2. Nr. 7.) In der grofsen sorgfältigen Arbeit weist Verfasser in der Hauptsache folgendes durch seine Studien nach:

1. Das Vorkommen von infizierten paraurethralen und präputialen Gängen trägt, sofern dieselben nicht beizeiten entdeckt werden, in nicht geringem Mafse dazu bei, dafs die blennorrhoische Urethritis einen ungünstigen Verlauf nimmt.

2. Die Follikulitis ist eine recht gewöhnliche Komplikation zur blennorrhoischen Urethritis und verzögert deren Heilung wesentlich.

3. Die Prostata kann bisweilen, ohne palpatorische Veränderungen zu zeigen, ein Schlupfwinkel für Gonokokken und eine Reinfektionsquelle für die Urethra sein.

4. Die Entstehung einer Epididymitis trägt im allgemeinen dazu bei, die Heilung des blennorrhoischen Prozesses in der Urethra zu beschleunigen, sofern die Urethritis aufserdem zum Gegenstande einer rationellen Behandlung gemacht wird.

5. Auch in den mit Follikulitis komplizierten Fällen ist die Epididymitis von wohltätigem Einfluss.

6. Die blennorrhoische Leistenadenitis hat möglicherweise einen ähnlichen Einfluss auf den Prozefs in der Urethra wie die Epididymitis.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über chronische Blennorrhoe und Gonokokkennachweis, von Fritz Meyer-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 36.) An dem grofsen Material der Rosenthalschen Klinik betrachtet Verfasser:

1. Welche Methode (kulturelle oder mikroskopische Untersuchung), bei vergleichender Beobachtung des späteren klinischen Verlaufes, die zuverlässigere sei.

2. In wieviel Fällen chronischer Blennorrhoe überhaupt Gonokokken mit Sicherheit nachzuweisen sind.

3. Ob die verschiedenartigen Irritationen durch sichere und schonendere Methoden z. B. die bakteriologische Untersuchung, ersetzt werden können.

4. Welchen Wert eine von verschiedenen Autoren vorgeschlagene zweimalige mikroskopische Untersuchung des Ausflusses hat.

5. Wieviel im Anfange sicher gonokokkenhaltiger chronischer Blennorrhoen durch eine entsprechende Behandlung gonokokkenfrei gemacht werden.

6. Auf welche Weise die bakteriologische Diagnose einer akuten Epididymitis ohne Harnröhrensekretion gestellt werden kann.

Die Ergebnisse seiner Beobachtungen sind folgende: ad 1. Bei der Untersuchung von 90 chronischen Blennorrhoen lieferten 58 mal Kultur und Mikroskop gleiche Resultate, während sie 32 mal die Frage nach dem Gonokokkengehalt different beantworteten. 29 mal fand die Kultur Gonokokken, wo das Mikroskop ein negatives Resultat gab.

In bezug auf den Nutzen der Irritationsmethoden bemerkt M., dafs sie zwar imstande sind, Gonokokken zur Anschauung zu bringen, welche sich der mikroskopischen Untersuchung vorher entzogen hatten, aber die Kultur leistet ohne Irritation das gleiche.

Für die Fragestellung, ob ein Sekret, oft nur in Form feinster Fädchen auftretend, infektiös oder harmlos sei, sind von verschiedenen Seiten mehrmalige mikroskopische Untersuchungen vorgeschlagen. Da in der Praxis oft nach einer zweimaligen negativen mikroskopischen Untersuchung eine endgültige Schlufsfolgerung gezogen wird, so untersuchte M., wieviel unter seinen sicher Gonokokken beherbergenden Patienten nach einem solchen Verfahren als gonokokkenfrei betrachtet worden wären, was oft der Fall gewesen wäre. Die Koppsche Anschauung, dafs nur zahlreiche Präparate eine gröfsere Garantie bieten, ist daher entschieden richtig.

Jedenfalls ist es stets wünschenswert zur absoluten Sicherheit, sich nicht lediglich der mikroskopischen Methode bei der Untersuchung chronischer Blennorrhoen anzuvertrauen, sondern auch die Kultur für die Frage nach dem Gonokokkengehalt der Krankheitsprodukte heranzuziehen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Klinische Blennorrhoe ohne den Gonococcus, von A. L. Benedict-Buffalo. (*Amer. Journ. med. Science.* Juli 1903. Nr. 376.) Verfasser hat bei den folgenden drei Fällen, trotz unverkennbarer klinischer Symptome von Blennorrhoe, keine Gonokokken im Sekret nachweisen können. 1. Ein verheirateter Mann, dessen Frau angeblich etwas an Leukorrhoe litt, bot das gewöhnliche Bild der akuten Blennorrhoe mit reichlichem Ausflufs dar. 2. Ein Mann mit ödematös geschwollener, phimotischer Vorhaut entleerte in ganz geringen Quantitäten auf Druck aus der Urethra, wie aus dem Subpräputialraum, ein blutig tingiertes Sekret. Infektion unsicher. 3. Ein an Intestinalvergiftung leidendes Fräulein entleerte nach vorheriger Leukorrhoe Eiter im Urin und bot Erscheinungen einer akuten Cystitis dar. Alle drei Fälle heilten unter der üblichen Behandlung.

Als vierten interessanten Fall erwähnt B. einen durch Mykose bedingten eigentümlichen, glänzenden, verdickten Zustand der Glans penis. In der Literatur scheinen solche Beobachtungen nur selten verzeichnet zu sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Kinderblennorrhoe, von J. N. Bloom. (*Louisville Monthly Journ.* Aug. 1903.) Bl. beobachtete bei einem zehnjährigen Knaben Blennorrhoe, die derselbe durch Umgang mit seinen Schwestern sich zugezogen. Die eine derselben, 13jährig, war gut entwickelt, hatte ein Hymen intactum, aber Urethralblennorrhoe; die andere, elfjährig, war wenig entwickelt, hatte kein Hymen mehr und litt an spezifischer Vaginitis. Die Infektionsquelle dieser 3—4 Wochen älteren Affektionen zu eruieren, war Bl. nicht möglich. *W. Lehmann-Freiburg i. B.*

Über blennorrhoische Urethritiden bei Knaben, von ZABLUDOWSKAJA-METT-Moskau. (*Die med. Woche.* 1903. Nr. 27.) In der Sitzung vom 4. Februar 1903 der Gesellschaft der Kinderärzte zu Moskau berichtet Z. über vier Fälle von blennorrhoischer Urethritis bei Knaben, welche im St. Olgaschen Kinderkrankenhause zu Moskau beobachtet worden sind. Bisher wurden nur 96 Fälle im ganzen bekannt, und zieht er aus diesem Material folgende Schlüsse:

1. Knaben erkranken an Blennorrhoe seltener als Mädchen.

2. Unter den 96 Knaben befinden sich solche von fünf Monaten bis zu 13½ Jahren, die meisten waren sechs Jahre, nur 24 % über zehn Jahre alt.

3. Jüngere Kinder erkranken häufiger infolge der stärkeren Vulnerabilität der Urethralschleimhaut, sowie infolge der Unsitte des Zusammenschlafens mit Erwachsenen bezw. älteren Kindern, die an Blennorrhoe erkrankt sind, sowie schliefslich infolge der unzüchtigen Triebe der Kindermädchen. Bei Kindern, die an Blennorrhoe erkrankt und über zehn Jahre alt sind, wird häufig gesteigerte Libido beobachtet.

4. An Blennorrhoe erkranken Kinder sämtlicher Bevölkerungsklassen.

5. In 61 Fällen ist die Infektionsquelle bekannt: 25 Kinder haben sich die Blennorrhoe bei Koitusversuchen zugezogen, 6 durch Berührung, 15 durch Zusammenschlafen mit Kranken, 15 durch Vermittlung von Gegenständen.

6. Die mittlere Dauer der blennorrhoischen Urethritis beträgt 2—3 Monate, Gonokokken sind in 62 Fällen gefunden.

7. Die Behandlung bestand in Bettregime, warmen Wannenbädern und forcierter Ernährung. Von Medikamenten wird Kopaivabalsam gegeben, von den neueren Autoren werden urethrale Injektionen von antiseptischen Mitteln: Kalium permanganicum, Airol, Protargol empfohlen, die aber in der Praxis schwer durchführbar sind, weil es an für das Knabenalter geeigneten Instrumenten mangelt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Vulvovaginitis der kleinen Mädchen, von MICHALOVITCH. (Thèse. Paris. 1903. Nach *Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 33.) So viel sich aus dem vorliegenden Referat ersehen läfst, enthält die Monographie nichts Neues. *Götz-München.*

Über die Behandlung der blennorrhoischen Vulvovaginitis, von HIRSCHL. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1903. Nr. 13.) Verfasser hat die blennorrhoische Vulvovaginitis mit bestem Erfolge durch Protargol bekämpft, das er als Spezifikum bezeichnet. Er beginnt mit einer 10 %igen, auf kaltem Wege hergestellten Lösung und geht allmählich zu schwächeren über. Komplikationen sah er nie. Als Prophylaktikum scheint ihm das Mittel durchaus zuverlässig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Diagnose und Behandlung der chronischen blennorrhoischen Urethritis des Mannes, von F. GARDNER. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 40 u. 41.) Der Artikel bringt nichts Neues. *Götz-München.*

Über blennorrhoisch-metastatische Entzündungen am Auge Erwachsener, von W. APETZ-Würzburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 31.) Bei einem jungen Arzte, der vor sechs Jahren eine Blennorrhoe gehabt hatte, aber anscheinend vollständig geheilt worden war, trat nach einem einmaligen Exzesse in baccho, ohne dafs ein Koitus vorausgegangen war, starker eitriger Ausfluſs aus der Urethra und am nächsten Tage doppelseitige Konjunktivitis mit geringem, schleimig-eitrigem Sekret, Schmerzhaftigkeit und Schwellung fast sämtlicher Gelenke, sowie eine Tendovaginitis auf dem rechten Fufsrücken auf. Die Konjunktivitis ging nach ca. achttägiger Behandlung vollständig zurück, während Gelenkerscheinungen und Ausfluſs mehrere Monate hindurch anhielten. Nach kurzem Intervall trat dann ohne jede Ursache wieder Ausfluſs, beiderseitige Konjunktivitis und Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Gelenke auf. Die Konjunktivitis ging abermals rasch zurück, rezidivierte jedoch

bald wieder; gleichzeitig entstanden am rechten Auge ausgedehnte Hornhautgeschwüre, Iritis und ein Exsudat in der vorderen Kammer. Im Laufe der Behandlung stellten sich wiederholt an beiden Augen, und zwar stets unter vermehrten Gelenkschmerzen und verstärktem Harnröhrenausfluſs, Verschlimmerungen ein; am rechten Auge wurde zum Schluſs auch noch eine Glaskörpertrübung konstatiert. — Die Hornhautaffektion des rechten Auges gelangte ohne Durchbruch der Membran zur Heilung.

Nach Auffassung W.s handelte es sich zweifellos um eine blennorrhoisch-metastatische Konjunktivitis; daſs die Cornea dabei in so heftiger Weise miterkrankte, muſs als eine Seltenheit bezeichnet werden. *Götz-München.*

Die operative Behandlung der blennorrhoischen Corneageschwüre, von V. Goldzieher. (*Magyar orvosok lapja.* 1903. Szemészet Nr. 1.) Die Hauptgefahr der blennorrhoischen Konjunktivitis besteht darin, daſs in der Cornea sich eine eitrige Infiltration bildet, wodurch das Gewebe der Cornea teilweise oder im ganzen zerfällt, die Iris vorfällt und mit dem neugebildeten Bindegewebe zusammenwächst. Die Cornea verliert dadurch nicht nur ihre Durchsichtigkeit, sondern sie leidet auch dadurch Schaden, daſs durch die Bildung des Staphyloma die Krümmung der noch durchsichtigen Cornearesте verändert wird, so daſs selbst die später ausgeführte Iridektomie die genügende Sehfähigkeit nicht zurückerobern kann. Dieser Gefahr vorzubeugen, machte nun Verfasser in drei Fällen folgenden operativen Eingriff mit gutem Erfolge: Die Corneageschwüre werden gut gereinigt und darauf ein Konjunktivallappen transplantiert; teilweise wird dadurch der in ihrer Ernährung gestörten Cornea stärkere Blutzufuhr und Schutz gewährt, teilweise durch die resistentere Bindegewebsbildung die Staphylombildung verhindert. Die eventuell entstehenden Synechien werden zum Schluſs mit einer Iridektomie behandelt. Bei allen Fällen hatte sich die Cornea aufgeklärt. Verfasser glaubt, daſs durch dieses Verfahren in vielen Fällen die Sehfähigkeit der blennorrhoisch infizierten Augen gerettet werden kann und rät, zur Operation schon dann zu greifen, wenn der Durchbruch der Cornea noch nicht stattgefunden hat; das eitrige Stadium der Konjunktivitis bildet keine Gegenindikation. *A. Alpár-Alexandria.*

Über chronische blennorrhoische Prostatitis, von Ludwig Waelsch. (*Prag. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 15.) Von 200 genau beobahteten chronischen Blennorrhoen hatten 162 (= 81%) eine chronische Prostatitis. Maſsgebend für die Diagnose ist nur der mikroskopische Befund. Von 172 Fällen mit Urethritis posterior waren 162 mit Prostatitis kompliziert (= 94,18%). Wo neben Prostatitis nur eine Urethritis anterior nachweisbar ist, muſs angenommen werden, daſs die Urethritis posterior vorhanden gewesen, aber ausgeheilt ist. Eine ganz gesunde Harnröhre wird bei Prostatitis sehr selten gefunden. Die chronische Prostatitis muſs als Ursache der unerwartet eintretenden Rezidive von Urethritis angesehen werden; schon der zu therapeutischen Zwecken ausgeübte Druck auf die Prostata kann solche hervorrufen. — Von den weiteren Ausführungen sei nur hervorgehoben, daſs Verfasser durch eine Krankengeschichte eines Kollegen zeigt, wie man durch ein Zuviel bei der Therapie der Prostatitis chronica Schaden stiften kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der blennorrhoischen Erkrankungen des Uterus mit Protargol, von W. Orlow. (*Russki Wratsch.* 1903. S. 1093.) In 25 mehr oder weniger frischen Fällen von Uterusblennorrhoe, mit Gonokokkenbefund in 13 Fällen derselben, hat Verfasser das Protargol zur Behandlung benutzt, und zwar verwandte er bei Pinselungen der Cervix uteri anfangs 5%ige, später 15—20%ige Lösungen; für Einspritzungen in den Fundus uteri bediente er sich 1—3%iger Lösungen. Nach der Injektion wurde ein Glyzerintampon für 6—8 Stunden vor die Portio vaginalis gelegt und darauf von der Frau eine Sublimat- (1 : 2000) oder Borsäure- (2%ig) Ein-

spritzung selbst vorgenommen. Die Protargolbehandlung wurde jeden zweiten bis dritten Tag vom Verfasser selbst vorgenommen, und bereits nach 3—4 Malen sah er Besserung und in 22 von den 25 Fällen eine allmähliche völlige Heilung des Leidens.
Arth. Jordan-Moskau.

Über die Gonokokkenperitonitis der kleinen Mädchen, von Galvagno. (*Arch. di patol. e clin. infantile.* 1903. Nr. 3 u. 4.) Unter den verschiedenen Komplikationen der spezifischen Vulvovaginitis der kleinen Mädchen kommt die Peritonitis nicht selten vor. Der Verlauf ist meist subakut oder chronisch. Die Mortalität beträgt 20%. Bei der Behandlung kommt in erster Linie die Prophylaxe in Betracht (Behandlung der Vulvovaginitis), sodann bei drohendem Ausbruch der Peritonitis: Bettruhe, feuchtwarme Kompressen, leichte Abführmittel; nach Aufhören der fieberhaften und akuten Erscheinungen mit Auftreten eines sero-fibrinösen Exsudates: Jodkalium.
C. Müller-Genf.

Über die Pathogenese der blennorrhoischen Epididymitis und über Versuche, dieselben durch Punktion zu behandeln, von Gustav Baermann - Breslau. (*Disch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 40.) Jede Epididymitis, die im Verlauf einer chronischen Urethritis auftritt, ist durch eine lokale Invasion von Gonokokken bedingt. Die Gonokokken lassen sich stets aus der Punktionsflüssigkeit züchten. In der Mehrzahl der Epididymitiden tritt sehr rasch eine bisher klinisch nicht diagnostizierte Abszefsbildung ein. Diese Eiterungen stellen entweder Stauungs-, also Pseudoabszesse mit eventuellem sekundärem Zerfall der Wandung des Vas epididymidis dar, oder sie sind eventuell zum Teil als reine Abszesse aufzufassen, die im Umhüllungsbindegewebe, wohin die Gonokokken durch den Lymphstrom verschleppt, entstehen. Bei den zur Vereiterung kommenden Fällen tritt stets gleichzeitig eine mehr oder minder hochgradige Hydrocele auf, die ebenfalls durch lokale Einwanderung der Gonokokken in die Blätter der Tunica vaginalis bedingt ist. Auch bei jahrelang bestehenden epididymitischen Resten lassen sich zuweilen Gonokokken bakteriologisch nachweisen. Diejenigen Epididymitiden, die im Anschlufs an eine primäre, nicht blennorrhoische Urethritis auftreten, sind gleichfalls durch eine lokale Invasion des betreffenden, die Urethritis verursachenden Mikroorganismus bedingt. Die frühzeitige Punktion ist therapeutisch zu empfehlen, da durch dieselbe eventuell Pseudoabszesse oder im Bindegewebe sitzende Abszesse zur Entleerung kommen und so das Vas epididymidis selbst vor einer eventuellen Mitbeteiligung an dem Einschmelzungsprozesse geschützt wird. Die Punktion der entzündlichen Hydrocele ist gleichfalls zu empfehlen, da durch ihre Entleerung bessere Zirkulationsverhältnisse und damit günstigere Resorptionsverhältnisse geschaffen werden.
Bernhard Schulze-Kiel.

Bericht über einen Fall maligner blennorrhoischer Endokarditis, von J. Habhegger - Watertown. (*Philad. med. Journ.* 30. Mai 1903.) Ausführliche Beschreibung eines solchen Falles mit autoptischem Befund. Die Endokarditis trat in der vierten bis fünften Woche bei typischer Blennorrhoe auf, und wurde die Diagnose der septischen Endokarditis bei der ersten Untersuchung gestellt. In ganz auffallender Weise konnten die raschen Veränderungen konstatiert werden, welche beinahe von Tag zu Tag in den Formen des Herzens, im Charakter der Töne, Geräusche, Pulsationen und des Pulses eintraten und von den an den Herzklappen wuchernden Vegetationen und Ulcera abhingen. Wenn auch im vorliegenden Falle das Kulturverfahren auf Gonokokken negativ blieb, so hält H. die Endokarditis, welche nach ca. 14 Tagen tödlich endete, für eine direkte Folge eines vom Gonococcus ausgeschiedenen Giftes (Sepsis). Fieber, systolisches Geräusch an der Herzspitze, Verbreiterung der rechten Herzgrenze (Mitralinsuffizienz), späterhin Bronchitis, Hydrothorax und Ödem waren die Haupterscheinungen der Erkrankung. Der äufsere Befund am Herzen wie das

Sektionsergebnis sind durch Zeichnungen illustriert. Zur Gewinnung von Reinkulturen empfiehlt Verfasser, vermittels einer Aspirationsspritze aus der Vena basilica Blut zu entnehmen, mit der doppelten Menge Agar-Agar zu vermischen und dann in Platten zu gießen. *Stern-München.*

Über einen Fall von Endocarditis blennorrhoica, von Egon Ritter v. Frendl. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 27.) Ein 20jähriger Leutnant erkrankte einige Wochen nach einer blennorrhoischen Infektion an einer Endokarditis, der er in vier Tagen erlag. Keine weitere blennorrhoische Metastase. Die mikroskopische Untersuchung ergab in den endokarditischen Vegetationen nur Gonokokken, keine anderen Mikroorganismen. Die Kulturen, welche von den Vegetationen angelegt wurden, ergaben auch nur Gonokokken. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verschiedenes.

Ein Besuch im phototherapeutischen Finseninstitut in Kopenhagen. Neue Apparate zur Finsentherapie, von Angelo Bellini-Mailand. (*Rev. internat. de Thérap. physique.* 1903. Nr. 22.) B. weist darauf hin, wie in Dänemark von Staats wegen dafür gesorgt wird, daß alle Lupuskranken, auch die armen und wenig bemittelten, der Finsenbehandlung teilhaftig werden, und welche große Aufwendungen Staat und Private zugunsten des Finseninstitutes in Kopenhagen machen, wie wenig dagegen in anderen Staaten und speziell in Italien für die Lupuskranken geschieht. B. beschreibt dann das Institut selbst, schildert die Vorzüge, die der Finsensche Apparat vor der Lortet-Genoudschen Lampe und die Finsen-Reynsche Lampe hinwiederum vor dem ursprünglichen Finsenschen Apparat hat, und macht schließlich auf einen neuen, von ihm selbst konstruierten Apparat aufmerksam. Derselbe wurde in B.s Gegenwart im Laboratorium des Finseninstitutes einer Prüfung unterzogen und von Finsen selbst genau besichtigt. Von Finsen auf einige Nachteile des Apparates aufmerksam gemacht, will B. einige Änderungen vornehmen, um ihn dann genau zu beschreiben und in den Handel zu bringen. *Götz-München.*

Hautreaktionen nach Kaffeegenuß, von Ch. Mantoux. (*Presse méd.* 1903. Nr. 35.) Die Abhandlung berichtet über merkwürdige Hauteruptionen nach Kaffeegenuß. Auf einem Saale des Hospitals Broca akquirierten von 23 Kranken, denen je 15 g gemahlener Kaffee in Form des gekochten Getränkes gereicht worden war, sieben Hautkranke Kaffeeeruptionen. Diese Personen litten ursprünglich an Prurigo, Seborrhoe, Urticaria und Ekzemen. *Hopf-Dresden.*

Kasuistische Mitteilungen, von J. Biedermann-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 31.) B. beobachtete in der Abteilung für Dermatologie und Syphilis des Kaiser Franz Joseph-Ambulatoriums in Wien zwei Fälle von extragenitaler Sklerose, von denen einer eine 52jährige Hebamme betraf und an der Streckseite der rechten Hand saß, während der andere an der Oberlippe einer 17jährigen Virgo intacta sich vorfand. Ferner ein Fall von Gumma am Penis und einen eigentümlich verlaufenden Herpes zoster. *Putzler-Danzig.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Graph. Inst. Julius Klinkhardt, Le

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 38. No. 4. 15. Februar 1904.

Beitrag zur systematischen Stellung der Dermatomykosenerreger.

Von

Dr. phil. und med. H. C. Plaut-Hamburg.

Mit einer Lichtdrucktafel.

Schon seit der Entdeckung der pathogenen Hautpilze ist ihre Einreihung ins botanische System Gegenstand eifriger Forschung gewesen, indes hat man bis auf die jüngste Zeit nur wenige allgemeine Anhaltspunkte dafür feststellen können. Man weifs, dafs diese Parasiten zu den Mykomyceten gehören, man weifs, dafs sie verschiedene Arten von Konidienfruktifikationen und Mycelversporungen hervorbringen, die Ähnlichkeit mit denen bekannter Pilze haben; aber ganz abgesehen davon, dafs man aus dieser Ähnlichkeit bindende Schlüsse absolut nicht ziehen darf, gehören diese bekannten Pilze, wie Botrytis, Acladium, Martensella usw. zu den Fungis imperfectis, einer Pilzklasse, in die man alle jene Repräsentanten hineinwirft, deren Stellung im System man noch nicht kennt. Eine höhere Fruchtform, die allein es ermöglichen würde, diese Pilze ins System einzureihen, ist aber bis zum heutigen Tage noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen worden. Jedoch hat es nach neueren Veröffentlichungen den Anschein, als ob man auf anderem Wege, als dem der Vergleichung, sich dem Ziele der wirklichen Bestimmung beträchtlich genähert habe. Schon 1899 hatten Matruchot und Dassonville[1] die Vermutung ausgesprochen, dafs die Trichophytiepilze, wegen ihrer grofsen morphologischen Ähnlichkeit mit der Familie Ctenomyces Eidam (auf Rabenfedern schmarotzend), höchstwahrscheinlich zu den Gymnoasken gehören würden. Ein Jahr später veröffentlichte Sabouraud[2] in seinem Artikel Favus in der *Pratique dermatologique*, dafs er in einer Favustropfenkultur, die von einem Stamme herrührte, welcher seit langer Zeit sich an künstliche Nährmedien akklimatisiert hatte, Formen erhalten habe, die kaum anders

[1] Matruchot et Dassonville, *Bull. de la Soc. mycol. de France.* 4. Mai 1899.
[2] S. 840.

gedeutet werden könnten, denn als Anlagen von Perithecienbildungen oder als abortive Formen derselben. Im Jahre 1901 haben dann MATRUCHOT und DASSONVILLE[3] die überaus wichtige Mitteilung gemacht, dafs es ihnen gelungen sei, durch Einimpfung von Eidamella spinosa, also einem Pilze, dessen höhere Fruchtformen man kennt, wirkliche Trichophytie bei Tieren zu erzeugen. Diese Entdeckung der beiden Forscher wäre also eine Bestätigung ihrer im Jahre 1899 ausgesprochenen Vermutung und von der gröfsten Bedeutung für die Klassifikation der Trichophytiepilze. Indes müssen wir erst sehen, ob das Experiment auch anderen Forschern gelingt, vor allem aber, ob es sich um eine wirkliche Trichophytie im dermatologischen Sinne gehandelt hat. Denn nach SABOURAUDS[4] neuesten Angaben zu schliefsen hat ein Dermatologe von Fach die Befunde von MATRUCHOT und DASSONVILLE damals nicht kontrolliert. Inzwischen habe ich aber einen Befund bei der Züchtung der Mikrosporiepilze zu verzeichnen gehabt, welcher sehr ähnlich dem oben erwähnten SABOURAUDschen ist und es wahrscheinlich macht, dafs MATRUCHOT und DASSONVILLE auf dem richtigen Wege sind. Ich habe nämlich zufällig in „Insitukulturen" von Mikrosporiehaaren, die täglich aufs genaueste kontrolliert wurden, Anlagen von höheren Früchten gefunden, die mit den Perithecien der Gymnoasken in der Tat gewisse Ähnlichkeiten zeigen. Die wirklichen Bedingungen, unter denen diese erste Anlage von Schlauchfrüchten bei den Mikrosporien auftreten, konnte ich nicht ermitteln. Scheinbar zufällig findet man sie in dem einen Präparat, in anderen, unter denselben Bedingungen aufbewahrten keine Spur davon. Nur soviel steht fest, dafs beginnender Mangel an Nahrung zu den Bedingungen gehören mufs, da der Beginn der Entwicklung mit der ersten Anlage der Ectosporen zusammenfällt, bei deren Entstehung Nahrungsmangel ein Hauptfaktor ist.

Die Anlage selbst geht folgendermafsen vor sich:

An kräftigen Luftmycelzweigen dritter und höherer Ordnung finden am neunten Tage an mehreren Stellen des Präparats, regellos zerstreut, weit vom Ursprung entfernt, kurze, schraubenartige Einrollungen der Endmycelien statt. Es entstehen drei oder vier Windungen. Viele dieser Spiralen bleiben auf dieser Entwicklung stehen. Einige wenige, aber immer mehrere auf einem relativ kleinen Bezirk, bilden sich weiter aus. Nach 24 Stunden wird die Spirale enger und sieht dann einer gespannten Flintenfeder ähnlich. Nun entspringen meist in der Mitte der Spirale, aber auch an der Basis, ein oder mehrere kräftige Zweige (Fig. 3, Z), die sich teilen können und dann mit ihren Spitzen in die Spirale hineinwachsen. Durch diesen Vor-

---

[3] Eidamella spinosa de MATRUCHOT et DASSONVILLE. *Bull. de la Soc. mycol. de France.* 1901. XVII.

[4] *La Pratique dermatol.* 1904. IV. p. 501.

gang wird die Spirale eng zusammengeschnürt, so dafs nun Bilder entstehen, wie die Photogramme Fig. 3 und 4 wiedergeben. Aus diesen Gebilden können dann noch sekundäre Mycelien entspringen (Fig. 3, S, Z). Auf dieser Stufe der Entwicklung bleiben diese Anlagen bestehen, solange die Kulturen beobachtet wurden, also solange, bis deutliche Degenerationserscheinungen am Mycel zutage treten. Was die Färbung mit Anilinfarbstoffen anlangt, so ist zu konstatieren, dafs diese Gebilde sich intensiver färben als der übrige Mycelstock. Der Gang der Entwicklung hat fraglos gewisse Ähnlichkeit mit der Fruchtkörperbildung mancher Plectascineen, und wenn man hinzunimmt, dafs noch viele andere Punkte in der Biologie der Dermatomykosenerreger mit den Gymnoasken übereinstimmen, so gewinnt die Ansicht Matruchots und Dassonvilles viel an Wahrscheinlichkeit.

Ein Vergleich meiner Photogramme mit den Abbildungen, die Sabouraud[5] von seinen oben erwähnten Favusperithecien gibt, zeigt, dafs es sich um dieselben Elemente handeln mufs, nur scheinen mir die Mikrosporieperithecien kunstvoller gebaut und weiter entwickelt zu sein als die des Favus. Sabouraud[5] scheint ähnliche Gebilde auch noch bei einer Trichophytieform angetroffen zu haben, denn er behauptet in seiner neuesten Studie, dafs sein Trichophyton crateriforme nicht mit dem von Bodin sogenannten Pilz identisch sein könne, weil dieser Perithecien bilde, die er bei jenem nie gefunden habe.

Sabouraud gebührt also das Verdienst, die Anlagen der Perithecien bei Favus und Trichophytie zuerst gesehen und richtig gedeutet zu haben. Den Beweis dafür, dafs es sich nicht um das zufällige Eindringen eines fremden Askomyceten bei diesen Anlagen handelt, glaube ich durch die lückenlose Beobachtung derselben von ihrem ersten Entstehen bis zu ihrer Vollendung erbracht zu haben. Auch ist die Tatsache von Wichtigkeit, dafs diese Mycelverwicklungen in der ersten Generation der Kulturen auftraten, eine Akklimatisation an künstlichen Nährboden also nicht stattzuhaben braucht.

Die vier beigegebenen Photogramme sollen zwei Zwecken dienen. Sie sollen einmal zeigen, dafs diese Gebilde vom Mikrosporiehaar aus sich direkt entwickelt haben (Fig. 1), und dafs in dem ganzen Mycelstock nur gleichartiges Mycel vorhanden ist, also keine fremden, gröberen Mycelien oder Fruchtbildungen sich eingestellt haben, wie es stets bei verunreinigten Insitukulturen der Fall ist. Sie sollen ferner dem, der nachprüfen will, zeigen, wie die Gebilde bei schwächster Vergrösserung, bei der allein sie gesucht werden müssen, wenn man sie nicht übersehen soll, sich ausnehmen.

---

[5] *La Pratique dermatol.* IV. p. 493, Anm. 1.

Fig. 1 (Zeiss A., Oc. 4) zeigt die beiden Stammhaare mit dichtem Mikrosporiemycel umwuchert. Oben links bemerkt man mit bloſsem Auge, besser noch mit starker Lupenvergröſserung, drei dicht nebeneinander liegende, gröbere Punkte. Dieselben erweisen sich bei etwas stärkerer Vergröſserung (Fig. 2) schon deutlicher als Mycelverwicklungen und lassen bei starker Vergröſserung (Fig. 3 und 4) schon alle Details bestens erkennen. Besonders schön kommt die Körperform zutage, wenn man die am meisten ausgebildete Ascogonanlage mit der Lupe betrachtet. Die in der Mitte gelegene Schraube ist noch nicht so weit ausgebildet und zeigt noch Lücken. Die am weitesten nach links gelegene Mycelverwicklung ist weiter ausgebildet, liegt aber in einer anderen Ebene und ist deshalb verschwommen, ein Übelstand, der sich nicht vermeiden lieſs, da die Photogramme von einer lebenden Kultur in der Kammer aufgenommen wurden, um alle Verhältnisse recht naturgetreu zur Anschauung zu bringen. Die Kultur war elf Tage alt, als sie aufgenommen wurde, und war bei einer konstanten Temperatur von 22° C. aufbewahrt worden.

Zum Schlusse will ich noch bemerken, daſs es durchaus nicht erlaubt erscheint, aus dem Auftreten dieser Gebilde irgend welche Schlüsse auf die genaue Stellung der Dermatomykosenerreger im System zu ziehen. Diese in ihrer Entwicklung stehen gebliebenen Anlagen sind noch keine fertigen Askogone und viel zu unbestimmt, um mit ihnen irgendwelche detaillierte Vergleiche anstellen zu können. Aber soviel scheint mir durch den Fund dieser Anlagen bei allen drei Dermatomykosen gewonnen, daſs Favus-, Mikrosporie- und Trichophytiepilze[6] den Plectascineen einzureihen sind, da man ähnliche Mycelbildungen meines Wissens bei anderen Mykomyceten nicht beobachtet hat.

---

[6] Auch Bodin bildet neuerdings schraubenartige Mycelverwicklungen an Trichophytiemycel ab, über deren Natur er sich sehr vorsichtig ausspricht. (Bodin, Les Champignons parasites de l'homme. Paris, Masson, 1903. Pag. 102.)

Aus der Praxis.

Die Ventilspritze.

Von

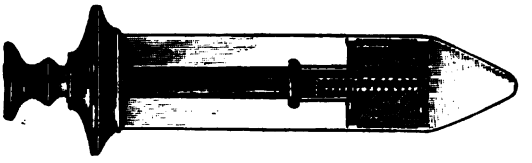
Dr. ENGELBRETH-Kopenhagen.

Mit einer Abbildung im Text.

Die Ausführungsform meiner Ventilspritze, welche in dem 1. Juli-Hefte *dieser Zeitschrift* veröffentlicht wurde, hat sich leider zu kompliziert und zu teuer erwiesen.

Man könnte vielleicht auch die Einwendung machen, dafs Injektionen in die Pars post. mit einer gewöhnlichen Spritze eine nicht besonders bekannte Behandlung ist, dafs die Patienten sehr schwierig die Aseptik der zur Injektion nötigen Gegenstände durchführen könnten, und dafs die Spritze darum in dieser Hinsicht keine Anwendung finden würde.

Diese Gründe haben mich veranlafst, die Ventilspritze zu simplifizieren und zu verbessern durch die Konstruktion einer Spritze, die die Forderungen der Injektion in Pars ant. erfüllt, und durch die Konstruktion eines Injektionsapparates zur leicht durchführbaren aseptischen Selbstbehandlung der Pars post.



Die erste ist wie eine einfache Gonorrhoespritze (vgl. die Figur). Da aber der Rauminhalt der Harnröhre von 4—21,5 ccm variiert, ist der Rauminhalt der Spritze 22 ccm, so dafs dieselbe nun jede Harnröhre füllen kann. Und um nicht den Sphinkter zu forcieren, dessen Widerstandskraft nach meinen Untersuchungen von $^1/_7$—$^1/_9$ Atm. variiert, ist am Stempel ein Sicherheitsventil eingerichtet, das sich bei einem Druck von $^1/_{10}$ Atm. öffnet. Das Ventil besteht sehr einfach aus einer winkelförmigen Durchbohrung, welche hinter dem Stempel von einem Gummiband gedeckt ist, so straff gewählt, dafs es bei $^1/_{10}$ Atm. nachgibt. Wenn die Urethra ausgefüllt und dieser Druck erreicht ist, wird die überschiefsende Flüssigkeit durch das Ventil strömen und also nicht den Sphinkter passieren und den Tripper in den hinteren Teil einführen. — Die Flüssigkeit ist durch die Löcher im Deckel der Spritze zu entleeren.

Der Stempel ist übrigens aus Asbest, der leicht durch eine Lapislösung sterilisiert wird.

Diese Form meiner Ventilspritze erfüllt somit vollständig die Forderungen, die ich in meiner früheren Abhandlung für Injektionen in die Pars ant. aufgestellt habe, nämlich: das Einspritzen einer Flüssigkeitsmenge, die immer der wechselnden Kapazität der Harnröhre entspricht, ohne den Sphinkter zu forcieren.

Die Ventilspritze ist somit eine Universalspritze, die für alle Harnröhren — grofse wie kleine — pafst, und eine Sicherheitsspritze, die den Tripper nicht durch den Schliefsmuskel nach hinten spritzt.

Der Apparat zur Injektion in die Pars post. wird nach einigen Versuchen später veröffentlicht werden.

Die Ventilspritze wird von C. Müller, Gummiwarenfabrik-A.-G., Berlin NO., Neue Königsstr. 89, fabriziert und justiert und zu einem Preise von ca. Mk. 2.— in den Handel kommen.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft in Stockholm.

Originalbericht von Ludwig Moberg-Stockholm.

Sitzung vom 29. Oktober 1903.

1. Afzelius stellt einen Fall von **Acrodermatitis chronica atrophicans** bei einer 70jährigen Frau vor. Die Affektion besteht so lange Zeit, wie die Patientin sich erinnern kann, und ist dadurch wie auch durch die sehr starke Atrophie der Haut von Interesse. Die Hände, die Unterarme, besonders die Streckseiten, die Füfse und Knie sind angegriffen, und die Haut ist hier rot bis dunkelblau, sehr dünn und atrophisch, wie zerknittertes Zigarettenpapier. An den Füfsen ist die rötliche Haut etwas infiltriert und ziemlich fest, so dafs sie nicht in dünnen Falten erhoben werden kann, ebenso an den Unterschenkeln. Um die Kniegelenke und die angrenzenden Teile der Oberschenkel sind die Gefäfse durch die dünne und transparente Haut sehr deutlich zu verfolgen. Die Anamnese gibt keine Aufklärung zur Ätiologie der Krankheit.

2. Möller demonstriert eine 70jährige Frau mit einem seit drei Monaten bestehenden erythemato-bullösen Ausschlag, den er als **Dermatitis herpetiformis** (Duhring) auffafst. Der Ausschlag hat sich regionär an den Extremitäten, dem Stamme und zuletzt auch im Gesicht verbreitet in Form von hellroten bis blaurötlichen, leicht erhabenen Flecken von etwa Münzengröfse, welche nach einem oder mehreren Tagen eine graugelbe Verfärbung im Zentrum bekamen, wonach die Epidermis sich mit Hinterlassung von gröfseren oder kleineren, sehr nässenden Flecken ablöste. Es besteht erhebliches Jucken. Die Patientin ist unruhig und deprimiert,

ihr allgemeines Befinden ist indes ziemlich gut. Die alten Herde heilen ab, und es werden immer neue durch Erythem und Epidermolyse angegriffen.

Diskussion: Sederholm bezweifelt, dafs Möllers Diagnose begründet ist. Neulich habe er in seiner Praxis einen ähnlichen Fall gesehen, und dort wurde es bald klar, dafs die Krankheit ernsterer Natur war, nämlich ein Fall von Pemphigus foliaceus. Wahrscheinlich ist auch die Krankheit, an welcher diese Frau leidet, Pemphigus foliaceus. M. stützt seine Diagnose darauf, dafs die Blasen sich auf einer erythematösen Haut entwickeln, man kann aber denselben Vorgang oft auch bei Pemphigus beobachten, und S. erinnert sich, dafs er gerade in seinem Falle diese Beobachtung gemacht hat. Eine so ausgedehnte Ablösung der Epidermis, wie sie bei dieser Frau vorkommt, spricht entschieden für Pemphigus.

Moberg stimmt der Diagnose Sederholms zu. Er hatte gleichfalls Gelegenheit gehabt, den obengenannten Patienten Sederholms eine Zeitlang zu beobachten, und hatte dabei auch die Entstehung von Blasen auf der veränderten Haut mehrmals bemerkt. Im Beginn der Krankheit war auch hier ziemlich erhebliches Jucken vorhanden. In allen Fällen von Duhrings Krankheit, die er gesehen hat, bestand eine grofse Polymorphität der primären Efflorescenzen, und diese und ebenso die sekundären Efflorescenzen wie Exkoriationen, Pigmentierungen, Narben und Infiltrationen der Haut werden hier in M.s Falle vermifst. Neben dem gutartigen Verlauf gehören doch diese Symptome zum charakteristischen Krankheitsbilde.

Möller gibt gern zu, dafs dieser Fall bei fortgesetzter Observation sich als Pemphigus erweisen werde. Er habe ihn nur bis auf weiteres für Duhrings Krankheit gehalten, hauptsächlich auf Grund der regionären Anordnung, des erheblichen Juckens und der allgemeinen Nervosität.

Almkvist erinnert an die Untersuchungen von Kreibich, welche dargetan haben, dafs die mikroskopische Beobachtung oft Hautveränderungen entdeckt, wo es makroskopisch erscheint, als ob die Blasen auf unveränderter Haut entstanden wären.

3. Schlasberg demonstriert mikroskopische Präparate über **Keratoma hereditarium palmare et plantare.**

4. Sederholm spricht über die Behandlung der **Trichophytia capitis der Kinder.** Die von Welander eingeführte Behandlung mit konstanter Wärme ist seiner Auffassung nach die Methode, welche am besten und schnellsten zum Ziele führt, leider ist sie nur im Krankenhause durchzuführen. Er hat darum zusammen mit Dr. Sjögren Versuche gemacht, um Haarausfall an den angegriffenen Flecken zuerst durch Röntgenlicht zu erzeugen, und danach hat er diese kahlen Flecke energisch mit äufseren Mitteln, besonders mir Ung. pyrogalloli composit. Unna behandelt. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen, die bisher erzielten Resultate aber sind sehr ermutigend. Nach 12—14 Bestrahlungen ist der Haarausfall gewöhnlich vollständig, und nach zwei bis drei Monaten wachsen wieder gesunde Haare hervor.

Diskussion: Krikortz spricht die Vermutung aus, dafs man die Behandlung mit Wärme mehr zugänglich machen könne durch Herstellung von für den Kopf passenden Apparaten mit elektrischem Widerstand, ähnlich den französischen Thermoplasmes électriques.

5. Moberg berichtet über einen Fall von **rezidivierendem Zoster,** den er neulich beobachtet hat. Der Patient, ein 20jähriger Kaufmann, stellte sich zum ersten Male im Mai 1902 mit einem rechtsseitigen Zoster supraorbitalis ein. Er gibt als mögliche Ursache seiner Krankheit an, dafs eine kleine Warze an der rechten Seite der Stirn kurz vorher weggekratzt und kauterisiert wurde. Der Patient kehrte im Oktober desselben Jahres und zum dritten Male in diesem Herbst zurück, jedesmal

mit einem Rezidiv in ebendemselben Gebiete. Der Ausbruch der Krankheit war jedesmal während einiger Tage von Schmerzen, obwohl nicht besonders schweren, begleitet.

Diskussion: Sederholm fragt, ob Moberg eine Schwellung der regionären Drüsen beobachtet habe. Er bezweifelt sonst, dafs in diesem Falle ein Zoster vorlag, denn der gewöhnliche Zoster rezidiviert nicht, und die ähnlichen, rezidivierenden Eruptionen rechnet er nicht zu Zoster, sondern will sie lieber dem Genital- und Labialherpes anreihen.

Möller fragt, ob Diabetes oder Arsenvergiftung nicht in diesem Falle vorliege.

Moberg bedauert, dafs er keine genauere Untersuchung des Patienten vorgenommen habe. Das klinische Bild gab jedoch bei der ersten Eruption keine Veranlassung, den Ausschlag von dem Zoster abzutrennen; bei dem letzten Anfalle war der Ausschlag zwar sehr unbedeutend, da er aber dieselbe Lokalisation hatte und von denselben Schmerzen begleitet war, erscheint es richtig, auch diesen als Rezidiv zu betrachten.

Sitzung vom 26. November 1903.

1. Möller erinnert an die 70jährige Patientin, die er in der vorigen Sitzung als wahrscheinlichen Fall von **Dermatitis herpetiformis** vorgestellt hat, und berichtet über die weitere Entwicklung der Krankheit. Die von etwas cyanotischem Erythem vorangegangene Epidermolyse hat sich jetzt über die ganze Körperoberfläche verbreitet, während die zuerst angegriffenen Flecke gleichzeitig abheilten. Die Heilung ist jedoch nur scheinbar, denn die neuen Epidermisdecken werden mechanisch wieder leicht abgehoben. Das Jucken hat aufgehört, das allgemeine Befinden ist noch erträglich. M. ist jetzt der Ansicht, dafs hier wirklich ein Fall von Pemphigus foliaceus vorliegt. Die Behandlung ist bis jetzt ohne Erfolg; Arsen und Antipyrin wurden zuerst versucht, gegenwärtig bekommt die Patientin täglich rohes Pankreas, welches bei einem Falle in Kopenhagen mit guter Wirkung gegeben worden ist.

Im Anschlufs an diesen Fall bespricht M. einen Fall von Pemphigus malignus und Sederholm einen Fall von Pemphigus, welcher mit einer profusen, letal verlaufenden Magenblutung endete.

2. Afzelius demonstriert einen 43jährigen Mann mit **Morbus Addisonii**. Der vorher gesunde und kräftige Mann ist seit zwei Jahren durch Kummer und Not geistig und körperlich herabgekommen, klagt über Kopfschmerzen und nervöse Unruhe. Es bestehen keine Zeichen von Tuberkulose; Digestionsorgane, Herz und Urin sind normal. Er hat niemals Arsen noch Höllenstein und während der letzten Jahre überhaupt keine Arzneien eingenommen. Die Verfärbung der Haut, welche seit ca. $1^1/_2$ Jahren besteht, hat immer an Stärke zugenommen, und die Gesichtshaut ist jetzt schmutzig dunkel, bleigrau, am Stamme ist die Haut nur wenig verändert und sieht schmutzig aus. Die Conjunctiva und die Schleimhaut des Mundes sind fast nicht angegriffen.

3. Sederholm stellt ein 23jähriges Mädchen mit **Fibroma molluscum** vor. Sie hat an den Schultern, der Brust und den Armen eine Menge von kleinen, weichen Fibromen. Sie bestehen zum Teil seit der Kindheit, von besonderem Interesse ist indes der Umstand, dafs eine Menge dieser Fibromen an den Schultern und der Brust im letzten Sommer gleichzeitig aufgetreten sind und der Ausbruch von nicht unerheblichem Jucken begleitet war. Der Fall unterscheidet sich sonst nicht von anderen Fällen dieser Affektion. Die Intelligenz ist nicht gestört.

4. Moberg demonstriert eine 58jährige Fabrikarbeiterin mit einer wahrscheinlich **malignen Affektion am rechten Handrücken**; ob sie tuberkulöser oder epitheliomatöser Natur ist, läfst sich schwer entscheiden. Die Patientin arbeitet in der Gewebe-

industrie, und die rechte Hand ist gerade dort, wo die Krankheit sich entwickelt hat, traumatischen Läsionen exponiert. Sie kam zum erstenmal im August dieses Jahres in die Poliklinik und hatte über den dritten und zweiten Metacarpophalangealgelenken eine seit ¾ Jahren bestehende, sich langsam entwickelnde harte, platte Geschwulst, die für gewöhnliche Schwielen gehalten und durch Salicylpflaster fast zum völligen Schwinden gebracht wurde. Sie nahm dann ihre gewöhnliche Beschäftigung wieder auf und bemerkte später an demselben Handrücken, etwas ulnarwärts von den obengenannten Schwielen, ein kleines Geschwür mit Krusten und Schuppen belegt. Dieses Geschwür vergrößerte sich allmählich, und als die Patientin im November wieder in die Poliklinik kam, hatte sie ein rundliches, etwa 3 cm breites Geschwür, mit leicht blutenden papillomatösen Exkrescenzen besetzt, und mit einem erhobenen, teilweise unterminierten, blaurötlichen, weichen Rand. Sowohl die Axillar- als die Cubitaldrüsen sind angeschwollen.

Diskussion: Möller empfiehlt, zu diagnostischem Zweck eine Tuberkulininjektion zu machen.

5. Möller stellt ein 13jähriges Mädchen mit einem bläschenförmigen Ausschlag am Kinn, an den Händen und Ellbogen vor. Die Affektion ist sehr oberflächlich; auf schwach rötlichen, erythematösen Flecken entstehen sehr dünne Blasen von verschiedener Größe. Der Inhalt der Bläschen ist zuerst serös, trübt sich in den nächsten Tagen und wird einigemal auch etwas blutig tingiert. Neben den Blasen sieht man platte, dünne, hellgelbe und mehr schmutzig gefärbte Krusten von ähnlicher Größe. Nach Wegfallen der Krusten bleibt ziemlich lange ein erythematöser Fleck zurück. Die Affektion, welche M. als **Impetigo contagiosa bullosa** bezeichnet, besteht seit einem Monat. Eigentümlich ist, daß die Blasen mehrere Tage stehen bleiben. Bei Impfung auf Agar und Bouillon wuchsen aus den Krusten gelbe Staphylokokken; der Blaseninhalt war steril.

6. Möller stellt einen Fall von **Erythema multiforme** vor.

7. Moberg stellt eine Frau mit **Lupus pernio** vor. Die Patientin ist früher der Gesellschaft vorgestellt worden und ist gegenwärtig zwar noch nicht geheilt, aber bedeutend gebessert, nachdem sie während der letzten Monate mit Natriumsuperoxydseife behandelt worden ist.

8. Afzelius berichtet über einen Fall von **Mykosis fungoides**. Der bisher gesunde, 57jährige Herr bemerkte vor anderthalb Jahren am Rücken einen talergroßen, erhabenen, roten, etwas schuppenden Fleck, der ziemlich stark juckte. Sein jetzt ziemlich ausgebreitetes Hautleiden hat sich hauptsächlich während der letzten Monate aus diesem Anfang entwickelt. Am Halse sind einige kleine, nicht ulcerierte Tumoren, und über der rechten Schulter sitzt eine mehr als flachhandgroße, aus drei durch tiefe Furchen getrennten Tumoren zusammengesetzte Geschwulstmasse. Die Tumoren haben eine höckerige Beschaffenheit und ragen ca. 3—4 cm über das Niveau der umgebenden Haut. Die Farbe ist dunkelrot bis blaurot, die Konsistenz weich elastisch, schwammig. Auf dem größten Tumor ist die Epidermis abgelöst, und die epithelentblößte Haut ist lebhaft rot und leicht blutend. Außer diesen größeren Tumoren finden sich in der Nähe zwei große, rundliche, etwas erhabene Flecke von hellroter Farbe, die auf Druck abblaßt, und mit normaler Haut im Zentrum. Diese annulären Efflorescenzen sind von der umgebenden, normalen Haut scharf abgesetzt und weisen unbedeutende Desquamation auf. Ähnliche, aber nicht annuläre rote Efflorescenzen sind am Rücken zerstreut. Das Jucken ist besonders in der letzten Zeit ziemlich beträchtlich. Nirgends sind nässende oder stärker schuppende Flecken.

9. Moberg demonstriert die **histologischen Präparate** dieses Falles, welche die Diagnose vollständig bestätigen.

10. Moberg berichtet über seine Erfahrungen mit **Anthrasol**, das er während eines halben Jahres in seiner Praxis und Poliklinik geprüft und mit bestem Erfolge gebraucht hat.

Sitzung vom 17. Dezember 1903.

Möller demonstriert eine Patientin mit **Lupus erythematodes im Gesicht** und gleichzeitig mit **papulo-nekrotischen Tuberkuliden** („Tuberculides acnéiformes et nécrotiques") an den Fingern und Zehen. Die 45jährige Patientin stammt aus gesunder Familie und ist selbst immer gesund gewesen bis im Frühjahr 1901, wo zuerst eine Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen bemerkt wurde. Die erkrankten Drüsen wurden exstirpiert, im folgenden Jahre aber wurden auch die rechten Axillardrüsen angegriffen und ebenfalls entfernt. Die Drüsenerkrankung war nach der Ansicht des behandelnden Arztes tuberkulöser Natur. In demselben Jahre, 1902, bemerkte die Patientin an den Fingern, Zehen und auch, obwohl spärlicher, an den Volarflächen der Hände einen Ausschlag, welcher noch besteht, obwohl er sich einigemal spontan gebessert hat. Die Einzeleffloreszenzen beginnen als bis erbsengroſse, cyanotische Flecke oder Papeln, werden eiterig, und nach Abstoſsen der nekrotischen Herde bleiben kleine, ziemlich scharf begrenzte Geschwüre zurück, welche mit deutlichen Narben heilen. Einige Papeln trocknen ein, ohne daſs es zu eiterigem Zerfall kommt. Der Lupus erythematodes besteht im Gesicht über ein Jahr. Die Krankheit war im Beginn mehr oberflächlich, mit mehr unbestimmter Begrenzung, in den letzten Monaten dagegen geht sie mehr in die Tiefe. Die Patientin wird jetzt mit Licht nach Finsen behandelt werden, was bei dieser tiefgehenden, umschriebenen Form viel günstiger wirkt als bei der oberflächlichen, erythematösen.

2. Müllern-Aspegren demonstriert einige nach seiner Angabe hergestellte **galvanokaustische Brenner** für die Behandlung des Ulcus molle nach Audrys Methode.

3. Müllern-Aspegren stellt einen 20jährigen Arbeiter mit **chronischem Oedema glandis** vor. Der Patient, welcher wegen einer Blennorrhoe in Behandlung kam, hat vorher an keiner Affektion der uropoetischen Organe gelitten. Die Prostata ist gesund, die Inguinaldrüsen sind nicht angeschwollen. Die Haut um das Orificium urethrae ist blaſs, und bei Palpation fühlt man eine Verdickung der Haut, die an den fast knorpelharten Lippen der Urethralmündung am stärksten entwickelt ist. Die Haut ist hier gespannt und läſst sich nicht runzeln. Das Ödem setzt sich, allmählich schwächer werdend, über die Glans penis fort, und ist noch im Sulcus coronarius und an den Präputialblättern schwach fühlbar. Über die Ursachen dieser Affektion, welche schon lange besteht, ohne subjektive Beschwerden hervorzurufen, ist nichts bekannt. M. hat keinen ähnlichen Fall gesehen, noch in der Literatur gefunden. Die Affektion erinnert am meisten an die chronische Infiltration, welche sich besonders um die Urethralmündung bei Weibern entwickelt und als Vorstufe des Ulcus chronicum scortorum zu betrachten ist.

Diskussion: Möller hat bei Männern einigemal solche Infiltrationen beobachtet und findet auch, daſs sie den chronischen, durchscheinenden Infiltrationen der Frauen, welche langsam zu den Ulcera scortorum führen, sehr ähnlich sind. Seiner Ansicht nach ist diese Affektion dieselbe, welche in Frankreich als Esthiomène bekannt ist.

Sederholm fragt, ob keine Erkrankung der Inguinaldrüsen vorangegangen ist, und macht auf Kochs Untersuchungen über Esthiomène aufmerksam. Koch glaubt, daſs eine durch Lymphstauung hervorgerufene Elephantiasis bei dieser Affektion die primäre Veränderung ist, welche später zu der Bildung der Geschwüre führt.

Lewin kennt aus seiner Praxis auch ähnliche Fälle. Er glaubte zuerst, dafs es sich um einen Primäraffekt handelte, ehe er von der unschuldigen Natur dieser Affektionen überzeugt wurde.

4. Moberg stellt einen 29jährigen Arbeiter mit einer seit neun Monaten bestehenden Hautaffektion an den Unterschenkeln vor. Der Patient bemerkte zuerst im März d. J. einen etwa pfenniggrofsen, erhabenen, rötlichen Fleck am rechten Unterschenkel. Später traten mehrere ähnliche Efflorescenzen an beiden Beinen auf. Zurzeit bestehen kleinere, bis talergrofse, meistens etwas rundliche, harte und erhabene Efflorescenzen, von welchen mehrere durch Konfluenz am rechten Bein gröfsere, unregelmäfsige Plaques bilden. Die Oberfläche ist auf einigen ziemlich glatt, nur mit kleinen, festsitzenden Schüppchen bedeckt, andere dagegen bilden dicke, warzige Platten, auf welchen man erweiterte, von kleinen Hornkegeln angefüllte Follikelmündungen wahrnehmen kann. Die Farbe ist hier blaurötlich bis schmutzig bräunlich, auf den glatten Efflorescenzen rot. Der Ausschlag ruft heftiges Jucken hervor. Die Diagnose ist nicht ganz klar. M. ist der Ansicht, dafs ein Fall von **Lichen ruber verrucosus** („Lichen corné hypertrophique") vorliegt. Zu bemerken ist, dafs typische Lichenpupeln nirgends zu sehen sind.

5. Diskussion über **Janets Spülmethode bei der Blennorrhoebehandlung.**

6. Ahlström demonstriert einige **neue urologische Instrumente.**

Transactions of the American Dermatological Association.

26. Jahresversammlung zu Boston am 18., 19. u. 20. September 1902.

Wir bringen hiermit über die noch nicht referierten Vorträge ein kurzes Referat.

Ein Fall von Epidermolysis bullosa mit ungewöhnlichen Erscheinungen, von G. W. Wende-Buffalo. Verfasser berichtet über einen jetzt 7jährigen Knaben, bei dem von der dritten Lebenswoche ab sich ein Ausschlag zunächst am Munde und After bemerkbar machte. Trotz andauernder Behandlung mit verschiedenen Mitteln, u. a. mit Thyroidextrakt und mit Arsenik ein ganzes Jahr hindurch, hat das Leiden nur zeitweilige Intermissionen gezeigt und charakterisiert sich jetzt als eine vesikulöse und bullöse Dermatose, welche an denjenigen Stellen, welche vorwiegend Traumen ausgesetzt sind, Knie, Füfse, Hände, Gesicht und After, lokalisiert ist. Ferner ist die intensive Störung des Haarwuchses auffallend, indem die Augenwimpern vollständig fehlen und die Augenbrauen und das Kopfhaar durch einzelne ganz spärliche Lanugohärchen ersetzt sind. Als weitere bedeutsame Momente sind zu nennen: eine ausgesprochene Infiltration der Haut beim Nachlassen der Läsionen; die Anordnung der Blasen zu konzentrischen Gebilden: hochgradige Änderungen an allen Nägeln, welche fast total zerstört sind, und eine allgemeine Dünnheit der Haut. Patient ist im ganzen für sein Alter gut entwickelt. Syphilis und sonstige hereditäre Belastung hat man nicht nachweisen können.

Duhring findet, dafs die vorgelegten Photographien an Ekzem erinnern.

White hat einige ähnliche Fälle gesehen.

Wende erklärt diese Auffassung abzulehnen, da das erste Symptom stets eine Bläschenbildung war.

Bericht über einen Fall von Pellagra, von S. Sherwell-Brooklyn. In den Vereinigten Staaten ist im allgemeinen Pellagra unbekannt, und während der letzten 25 Jahre hat die Statistik der American Dermatol. Association keinen Fall aufzuweisen gehabt. Bei dem vorliegenden Berichte handelt es sich auch um einen eingewanderten 30jährigen Italiener, welcher schon früher diverse Attacken des Leidens durchgemacht

hatte. Einen anderen, tödlich verlaufenen Fall hat Verfasser vor zwölf Jahren bei einem italienischen Matrosen beobachtet und publiziert.

Eine klinische Studie über 485 Fälle von Erkrankungen der Nägel, von C. J. White-Boston. Unter den Erkrankungen, welche diesen 485 Fällen zugrunde lagen, ergibt die tabellarische Zusammenstellung hauptsächlich die folgenden sechs: Ekzem (107 Fälle), Panaritium und Trauma (72), Paronychie (68), Psoriasis (67), Dermatitis professionalis (62) und Syphilis (28). Des weiteren ergaben Tinea favosa 8 und Tinea trichophytina 8 Fälle. Verfasser bespricht die klinischen und anatomischen Erscheinungen bei diesen Störungen ziemlich genau, doch eignet sich der Vortrag nicht für ein Referat.

Bericht über einen Fall von Blastomycosis der Haut, von J. Dyer-New Orleans. Patient war ein 77jähriger Arbeitsmann. Die Affektion begann auf der rechten Wange und erstreckte sich auf beide Seiten des unteren Teils des Unterleibes, beide Oberschenkel und den linken Unterschenkel. An letzterer Stelle blieben die Läsionen am hartnäckigsten bestehen, wie überhaupt das Leiden trotz geeigneter chirurgischer und medikamentöser Behandlung (Jodkalium, Strychnin, Cereolsin, Hg bijodid, Donovansche Lösung, welche Arsenik und Hg jodid enthält, und Eisenarsen) schon 1½ Jahre sich, wenn auch in ganz verminderter Form, erhalten hat. Kulturversuche ergaben ein positives Resultat.

Vorläufige Mitteilung über Pompholyx (Dysidrosis) und dessen Auftreten in New Orleans, von J. Dyer. Verfasser unterscheidet drei Arten dieses Leidens, von denen die eine an den Füßen, die andere an den Händen und die dritte an verschiedenen Stellen des Körpers auftritt. Außer dem Merkmal der besonderen Lokalisation, welche nebenbei auch Abweichungen aufweist, zeigen die drei Arten auch klinische Verschiedenheiten. Bei der ersten, der gewöhnlichsten, finden sich stecknadelknopfgroße, tiefsitzende, wenig konfluierende Gruppen von vielleicht 6—50 oder mehr Bläschen, welche eine spärliche, klebrige, klare Flüssigkeit enthalten. Sie sind vorwiegend an den Fußsohlen lokalisiert, erstrecken sich aber nicht ganz selten auch bis auf den Unterschenkel hinauf. Die Patienten klagen anfangs mehr über Brennen und Hitze, später, wenn die Bläschen heraustreten, über intensiven Juckreiz. Bei der zweiten, an den Händen lokalisierten Art zeigen die Läsionen mehr den Charakter von echten Sudamina. Es sind Bläschen von Stecknadelspitze- bis Stecknadelknopfgröße, die an der Dorsal- ebenso wie an der Palmarseite und in den Zwischenfingerräumen lokalisiert sind. Sie bilden dichte Gruppen und sind manchmal von einer entzündlichen Rötung umgeben. Die subjektiven Beschwerden sind niemals so hochgradig, wie bei der ersten Form. Die dritte Form findet sich sowohl an Händen und Füßen, wie in der Achselhöhle, am Halse, Gesicht usw. Sie tritt meist ohne Gruppenbildung auf; die Bläschen sind etwa wie eine halbierte Erbse groß, sitzen nicht sehr tief, gehen in Eiterung über, was bei den anderen Formen nicht geschieht, und das Leiden nimmt einen rascheren Verlauf als die anderen Formen. Auch findet es sich entschieden häufiger bei Kindern als bei Erwachsenen. Therapeutisch kamen in Anwendung neben Strychnin und diuretischen Mitteln adstringierend Waschwasser, heiße Stärkeumschläge und Verbände mit 2%iger wässeriger Ichthyollösung.

Klotz berichtet über einen Fall, bei welchem die Hände und die Füße abwechselnd oder gleichzeitig affiziert waren.

Hyde erwähnt die Häufigkeit solcher Fälle in Paris. Seiner Erfahrung nach ist sehr häufig das Herz mehr oder weniger dabei zugleich affiziert; Zirkulationsstörungen mögen oft eine bedeutsame Rolle dabei spielen. Häufig war auch Mißbrauch von Tabak oder Tee nachzuweisen.

Ravogli mifst auch den Zirkulationsstörungen ein grofses Gewicht bei und auch etwigen Störungen an den vasomotorischen Nerven. Er schildert einen länger dauernden Fall bei einem anämischen Mädchen.

C. J. White erkennt die Unterscheidung zwischen Pompholyx und Dysidrosis nicht an.

Dyer betont, dafs er seinen Vortrag gerade zu dem Zwecke gehalten habe, um eine Klärung in bezug auf die Nomenklatur zu erstreben. Er würde am liebsten seine Fälle als Dysidrosis klassifizieren, doch sei dieser Name von der American Dermatological Association nicht akzeptiert worden.

Ein weiteres Beispiel von einem durch einen Pilz bedingten Leiden, von D. W. Montgomery-San Francisco, H. Morrow und H. A. L. Ryfkogel. Der Patient war ein 54jähriger Handarbeiter, der mit dem siebenten Lebensjahre aus der Schweiz nach San Francisco eingewandert war. Sein Leiden fing sieben Jahre vor der Aufnahme als eine Anschwellung der Hand und des Vorderarmes der linken Seite an, und auch nach der ersten Untersuchung war das Weiterschreiten der Krankheit ein langsames. Im weiteren Verlauf konstatierte man Hypertrophie der Haut und des subcutanen Gewebes am linken Vorderarm, linker Hand, beiden Unterschenkeln und linkem Fufse. Eine Knochenverdickung fand sich am linken Vorderarm, wo das untere Ende des Radius vom Schafte (angeblich ohne Trauma) abgelöst war. Auf Brust und Abdomen fanden sich unregelmäfsige, braune Pigmentflecke, welche sehr an die bei Lichen planus entstehenden Verfärbungen erinnerten, von Erbsengröfse und mit glänzendem Zentrum. Am linken Vorderarm und Handrücken sah man Papeln, Pusteln und Knötchen und auf dem Nacken eine intensive, pustulöse Folliculitis. Das stark verdickte rechte Ohr bot einen ekzematösen Zustand dar. Der rechte Unterschenkel und Fufs waren elephantiastisch verdickt und mit papillären Wucherungen und verdickter Hornschicht bedeckt. Allgemeinbefinden war ungestört. Etwa ein Jahr später ging Patient unter fieberhaften Erscheinungen, Appetitlosigkeit, stark beschleunigter Respiration und Atemnot zugrunde. Die Behandlung war anfangs eine antisyphilitische gewesen, hatte sich aber als gänzlich erfolglos erwiesen. Röntgenstrahlen scheinen einen gewissen Nutzen gewährt zu haben. Die Autopsie ergab ausgedehnte Bronchopneumonie und aufserdem das Vorhandensein von zahllosen, mehr oder weniger dicht gelagerten Körperchen, welche wie Miliartuberkel aussahen. Letztere fanden sich auch in grofser Menge in den Nebennieren; sie bestanden aus einem Granulationsgewebe, das zahlreiche Riesenzellen, sowie in letztere eingeschlossene oder freiliegende Kapselkörperchen enthielten. Impfungen auf Meerschweinchen ergaben teilweise ein positives Resultat. Histologisch stellte sich die Hautaffektion als ein diffuses Granulom dar mit ganz spärlichen Abscessen im Rete. Das Corium zeigte eine diffuse Infiltration von Plasmazellen, Mast- und Riesenzellen, sowie (meist mehrkernigen) Leukocyten. Die pathogenen Organismen zeigen, entgegen dem Verhalten der Blastomyceten, eine Verschiedenheit der Formen beim Wachsen in den Körpergeweben und auf Nährmedien. Bei ersteren erscheinen sie als Kügelchen mit einer hellen, doppelt konturierten Kapsel, welche auf der Aufsenwand kleine Stacheln trägt. Der Inhalt ist bei den kleineren Exemplaren klar oder auch gekörnt, bei den gröfseren finden sich endogene Sporen, welche beim Bersten der Kapsel frei werden. Im hängenden Tropfen sieht man Mycelfäden hervorschiefsen, welche sich schnell verzweigen und sich wie ein Schimmelpilz präsentieren. — Genauere Einzelheiten wolle man im Original nachlesen.

Die Läsionen der Variola, namentlich diejenigen der Haut, von W. T. Councilman-Boston. Das Material zu dieser Arbeit lieferten 52 in Boston im Jahre 1901 zur Autopsie gelangte Fälle in allen Stadien des Leidens, mit Ausnahme der

Periode des prodromalen Erythems. Als erste Läsionen konstatierte man eine Degeneration der Zellen in den unteren Schichten des Epithels im Verein mit Exsudation. Diese Entartung zeigt zwei Formen: einmal sieht man ein Schrumpfen und unregelmäfsiges Verzogenwerden der Kerne im Verein mit Ödem der Zelle, anderseits die von Unna beschriebene Ballonierung. Dies ist die häufigere und vielleicht spätere Form und findet sich namentlich im Rete, während die erstere vorwiegend in der Stachelschicht angetroffen wird. Die Pockenpapel ist nichts anderes als ein kleines Bläschen, das sich erst in einem frühzeitigen Entwicklungsstadium befindet. Der Übergang zur Pustelbildung vollzieht sich langsam; die dabei sich ansammelnden Zellen sind zum Teil polynukleär, vielfach aber auch einzellig. Niemals aber ist ihre Zahl eine sehr grofse. Der Vorgang der Dellenbildung kann durch verschiedene Ursachen bedingt sein; vorwiegend wirken aber die Haarfollikel, in geringerem Grade die Schweifsdrüsen darauf ein. Abweichungen von dem typischen Prozefs kommen öfters vor; eine der häufigsten ist das Durchtreten von Exsudat durch das typische Bläschen hindurch, wobei dieses auch en masse abgehoben wird, und auch ein sekundäres Bläschen über dem ursprünglichen entsteht. Ferner kann die Epidermis in toto von der Papillarschicht abgehoben werden. Hämorrhagien fanden sich an manchen Stellen in grofsem Umfang. Bei den (3) Fällen von Purpura variolosa fanden sich überall in der Epidermis diffuse Läsionen, welche dem Stadium der Degeneration mit beginnender Exsudation entsprachen. An den Schleimhäuten zeigten die Läsionen ein analoges Verhalten wie auf der Oberhaut. Dieselben scheinen die Eingangspforte für septische Organismen abzugeben, namentlich für Streptokokken, was mehr als die Primärinfektion als die Ursache des tödlichen Ausgangs anzusehen sein dürfte.

Radiotherapeutische Beobachtungen, von J. Zeisler-Chicago. Nach Z.s Erfahrungen ist die Zahl der mit Röntgenstrahlen günstig zu beeinflussenden Dermatosen eine sehr grofse. Die greifbarsten Erfolge erzielte er bei Akne, wovon er 84 Fälle auf diese Weise behandelte, oder richtiger 29, denn unter diesen waren fünf Fälle von Rosacea, welche Z. nach der alten Bezeichnungsweise noch unter Akne subsumiert. Ferner waren auch bei Hypertrichosis (11 Fälle) die Erfolge weitaus besser als die mit früheren Behandlungsarten erzielten; gut waren auch die Resultate bei Keratosis palmaris (3 Fälle), Clavus multiplex inveteratus (1 Fall), Sykosis (4 Fälle) und Scrophuloderma (1 Fall), sowie Lupus vulgaris (1 Fall). Desgleichen zieht Z. die Radiotherapie bei Epitheliom (9 Fälle) allen anderen Mafsregeln vor. Aufser den genannten Affektionen hat er mit mehr oder weniger guten Resultaten behandelt: Lupus erythematodes, Psoriasis, Lichen planus hypertrophicus, chronisches infiltriertes Ekzem, Pruritus genitalis, Hyperidrosis nasi und Dermatitis staphylogenes. Über die Technik macht er einige einleitende Bemerkungen.

Diskussion: Allen hat, entgegen den Erfahrungen von Z., mit der statischen Maschine gute Erfahrungen gemacht.

A. R. Robinson hat bei einem Kinde mit Xeroderma pigmentosum mit der Radiotherapie nicht reüssiert. Desgleichen hat er bei Sykosis gelegentlich starken und dauernden Haarausfall danach erlebt, und beim Epitheliom zieht er die alten Methoden, namentlich die Ätzmittel, als weit schneller wirkend, entschieden vor.

W. T. Corlett bestätigt die Erfahrung Z.s, dafs weiche Röhren in der dermatologischen Praxis weit wirksamer seien als die harten. Er behandelt gerne Epitheliom und Sykosis mit Röntgenstrahlen.

W. A. Pusey betont die individuelle Verschiedenheit in der Reaktion auf Bestrahlungen. Auch die weichen Röhren seien durchaus nicht ohne Gefahr, wie Z. in seinem Vortrag meinte.

Stelwagon findet bei Ulcus rodens die Methode entschieden empfehlenswert.

J. C. White berichtet über einen Fall von Carcinom, das auf der Basis einer Röntgendermatitis sich entwickelte.

Sherwell tritt auch für die alten Methoden der Epitheliombehandlung ein; er gebraucht gern das saure Hg-Nitrat als Ätzmittel.

Montgomery weist auf die bei Strahlenbehandlung der Epitheliome erzeugten besonders schönen Narben hin.

Dermatosen bei Irren. Ein Bericht über Nachforschungen bei den Insassen des Long Island State Hospital for the insane, von J. M. Winfield-New York. Um die ziemlich verbreitete Ansicht, dafs Hautkrankheiten bei Geistesstörungen in gröfserer Häufigkeit auftreten, auf ihre Berechtigung zu prüfen, hat W. bei 1084 Fällen, welche in obengenanntem Irrenhause untergebracht waren, Untersuchungen vorgenommen. Aus den tabellarisch geordneten Ergebnissen zieht er u. a. folgende Resultate: Die von den Psychiatern als spezifisch den Geisteskranken eigenen Affektionen, z. B. Naevi und Teleangiektasien, kommen in ebenso grofser Häufigkeit auch bei geistig normalen Menschen vor. Auch war von dem in den Büchern öfters erwähnten eigentümlichen Geruch der Irren und dem besonderen Fettgehalt ihrer Haut nichts zu konstatieren. Am häufigsten fand sich eine Atrophie der Haut (89 Fälle), selbst wenn alle Patienten jenseits des 45. Lebensjahres ausgeschieden wurden. Ferner war Hypertrichosis häufig (70 Fälle weiblichen, 8 männlichen Geschlechts). Besonders interessant war in dieser Beziehung ein 24jähriges Mädchen mit akuter Melancholie, bei dem während des ernsteren Stadiums der Krankheit die Lanugohaare in ausgedehntem Mafse hart und borstig wurden, beim Nachlassen der psychischen Erscheinungen aber wieder ihre normale Beschaffenheit annahmen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1904. Band 68, Heft 1 u. 2.

I. **Zur Pathologie der syphilitischen Initialsklerose des Penis,** von S. Ehrmann-Wien. Seine Betrachtungen über den Gegenstand resumiert Verfasser in folgenden Schlufssätzen:

„1. Die ersten Veränderungen betreffen die Gewebsinterstitien an der Eintrittsstelle des Virus, in welchen eine reichliche Neubildung kapillarer Blutgefäfse der Infiltration vorangeht und sie begleitet. Man mufs also annehmen, dafs das Virus zunächst in den Gewebsspalten vorwärts schreitet.

2. Die nächstfolgende Veränderung ist, dafs die subkapillaren und die kapillaren Lymphgefäfse, welche von der durch Infiltration der Lymphspalten entstandenen Induration ausgehen, in einen mit neuen Blutkapillaren durchsetzten Infiltrationsmantel eingeschlossen werden; zugleich zeigt sich im subendothelialen Gewebe dieser Lymphgefäfse ein inneres Infiltrat, welches man erst bei genauer Untersuchung der elastischen Fasern mit Sicherheit differenzieren kann. Aufserdem findet man auch noch Infiltrat in den Bindegewebs- bezw. Lymphspalten um infarzierte Lymphkapillaren des subcutanen Gewebes, glatte Muskelfasern, Nerven, Pacinische Körperchen usw.

3. Man mufs also annehmen, das Virus finde seinen Weg aus den Gewebsspalten in das Lumen differenzierter kapillarer und grofser Lymphgefäfse, hier eine Reaktion

erzeugend sowohl im subendothelialen, also auch im perivaskulären Gewebe mit reichlicher Neubildung von Blutkapillaren, in beiden Schichten, und dafs es chemotaktisch Zellenexsudation aus diesen neugebildeten Blutkapillaren in beiden Schichten erzeugt.

4. Das äufsere Infiltrat der Lymphgefäfse bildet Knoten, welche dem Tastsinne zugänglich sind, und hauptsächlich an den Einmündungsstellen kleinerer kapillarer und subkapillarer Lymphgefäfse in gröfseren Lymphgefäfsstämmchen entstehen. Sie kommen auch an solchen Stellen vor, wo das Lymphgefäfs selbst sonst in seinem Verlaufe nicht soviel äufseres Infiltrat besitzt, um tastbar zu sein. In den Knoten kommen mit Lymphocyten infarzierte einfache und verzweigte, kapillare und gröfsere Lymphgefäfse vor, die auch in die innere Wucherungszone der gröfsten Lymphgefäfse eindringen und dann in das Lumen derselben ausmünden.

5. Wir können also sagen: Das äufsere Infiltrat beruht zum Teil auf der Wirkung jenes Virus, welches von den Lymphspalten und kleinen Lymphgefäfsen den gröfseren zugeführt wird, zum Teil auf der Einwirkung des im Innern der gröfseren Lymphgefäfse vorhandenen Virus oder Toxins auf das sie umgebende Gewebe. Die Wirkung besteht in Neubildung von Blutgefäfsen und Infiltration. In den kleineren Lymphgefäfsen kann das Virus aufserdem Anhäufung von Lymphocyten und vollständige Infarzierung ganzer Lymphgefäfsverzweigungen mit Lymphkörperchen bewirken.

6. Das Erweichen der den Lymphgefäfsen aufsitzenden Knoten beruht auf regressiver Metamorphose des Infiltrates selbst, die mit Schwund der neugebildeten Kapillaren beginnt und mit Bildung peripher dem Lymphgefäfs aufsitzender Höhlen endigt, welche entweder samt dem Infiltrate durch Resorption einfach schwinden oder, wenn die Knoten und Höhlen gröfsere Dimensionen angenommen haben, in das Lymphgefäfs sekundär perforieren können. Diese Erweichung ist keine Nekrobiose, kein molekulärer Zerfall, keine Verkäsung wie bei einem Gumma, sondern ist eine Involution durch Verfettung, wie man sich bei Färbung mit Osmiumsäure überzeugt.

7. Die Infarzierung der Lymphspalten ist, wie in einer späteren Arbeit nachgewiesen werden soll, als eine Schutzvorrichtung gegen das Vordringen des Virus anzusehen."

II. **Zur Lehre von den Talgdrüsengeschwülsten**, von Richard Kothe-München. Nach einem Überblicke über die einschlägige Literatur teilt Verfasser die Krankengeschichte eines Falles mit. Es handelt sich um einen 33jährigen, mittelkräftig gebauten Mann, der seit seinem vierten Lebensjahre einen über den ganzen Körper verteilten Ausschlag hat. Derselbe trat zuerst im Gesicht auf und ist gegenwärtig charakterisiert durch stecknadelkopf- bis hanfkorngrofse, nicht stark prominierende, etwas platt gedrückte, mäfsig derbe, gelbliche oder gelblichrote bis braunrote Knötchen, über denen die Haut sich fettig anfühlt. Die rote Farbe ist durch Teleangiektasien bedingt. Die Haut der Nase und angrenzenden Wangenteile sieht leicht diffus hyperämisch aus. Manche Knötchen zeigen eine eigentümliche Transparenz oder einen matten, wachsartigen Glanz. Die Efflorescenzen finden sich entweder isoliert oder in Gruppen dicht nebeneinander angeordnet. Eine sichere Diagnose wurde erst auf Grund der histologischen Untersuchung exzidierter Efflorescenzen gestellt. Dieselbe hat ergeben, dafs es sich um verschiedenartige Bildungen handelt.

Bei den Efflorescenzen im Gesicht hat man es vornehmlich mit einer von den Talgdrüsen ausgehenden Neubildung zu tun, die ihren Ausdruck findet in den zahlreichen neuangelegten, kleinsten, nach embryonalem Muster aus dem Epithel der Talg- und Haarfollikel entstandenen Drüsen und in der Vergröfserung der ausgebildeten Drüsen. Infolgedessen nehmen sie einen ungleich gröfseren Raum ein. Sie finden sich in allen Schichten des Koriums und reichen stellenweise sogar bis in die Region der Schweifsdrüsen hinein.

Das Exanthem im Gesicht entspricht somit dem Bilde des Adenoma sebaceum „Typus Pringle". Ungewöhnlich ist hierbei einmal die Vermehrung des wandständigen Epithels der Talgdrüsenlobuli und das Hineinwuchern derselben zwischen das Talgdrüsengewebe, zweitens die Hypertrophie des Bindegewebes in den Papillen.

Dieselben Veränderungen, wie im Gesicht, zeigen auch die Tumoren am Halse. Dagegen wiesen die Efflorescenzen an der Innenfläche der Oberschenkel, trotz ihrer klinischen Ähnlichkeit mit denen des Gesichts, histologisch doch wesentlich andere Befunde auf. Die Talgdrüsen waren hier vollkommen normal. Die Veränderungen betrafen nur Binde- und elastisches Gewebe. Es handelt sich um Fibrome mit kolloider Degeneration.

Eine andere Reihe von Efflorescenzen, namentlich die an den Finger- und Zehennägeln, stellt reine Fibrome dar. Verfasser vergleicht seine Befunde mit denen anderer Autoren. (Schluſs folgt.)

III. **Zur pathologischen Anatomie des Herpes progenitalis**, von W. Kopytowski-Warschau. Das Material für die vorliegenden Untersuchungen umfaſst die Präparate, welche von 24 weiblichen, im St. Lazarushospital wegen verschiedener venerischer Krankheiten behandelten Personen stammen. Der Herpes trat bei ihnen nur accidentell während des Spitalsaufenthaltes auf und war am häufigsten an der Innenfläche des Oberschenkels, in der Nähe der Geschlechtsorgane, lokalisiert. Zum Zwecke der Untersuchung wurde die erkrankte Hautpartie einige Male bereits zwölf Stunden nach Beginn des Leidens, in der Regel aber erst nach 24—36 Stunden, nachdem sich deutliche Bläschen entwickelt hatten, exzidiert. Verfasser teilt im folgenden kurz die Krankengeschichte dieser 24 Fälle und die Resultate der histologischen Untersuchung mit. (Schluſs folgt.)

IV. **Über eine eigentümliche Form der Hautatrophie bei Lepra (Dermatitis atrophicans leprosa universalis)**, von Moriz Oppenheim-Wien. Während seiner Anwesenheit in Indien (Herbst 1902) beobachtete Verfasser im Lepraasyl Matunga nördlich von Bombay unter den Leprösen ungefähr 20 Patienten, welche neben den Erscheinungen der Lepra tuberosa und anaesthetica eine eigentümliche Beschaffenheit der Haut darboten. Dieselbe war in groſser Ausdehnung schlaff, welk, in gröſsere und kleinere Falten gelegt und erinnerte an zerknittertes Zigarettenpapier. Einzelne Fälle zeigten eine kleinlamellöse, andere eine kleienförmige, silberweiſse, mit der dunklen Haut stark kontrastierende Schuppung.

Verfasser bespricht an der Hand der einschlägigen Literatur die Ätiologie dieser universellen Hautatrophie, welche nach Unna den deuteropathischen Atrophien zu zurechnen wäre. Unna unterscheidet überhaupt

1. idiopathische (diffuse oder circumskripte);
2. deuteropathische Atrophien.

Letztere zerfallen in solche, die a) nach Dermatosen, b) nach Nervenkrankheiten und c) nach allgemeinen Infektionskrankheiten auftreten.

Vielleicht sind in den vorliegenden Fällen alle drei Ursachen gleichzeitig beteiligt, nämlich die chronische lepröse Dermatose, die lepröse Nervenerkrankung und die Lepra als allgemeine Infektionskrankheit.

Im folgenden werden die Krankengeschichte einige dieser Fälle und die anatomischen Befunde mitgeteilt.

Das Ergebnis der histologischen Untersuchung wird kurz dahin zusammengefaſst: „Die Hornschicht verläuft mehr geradlinig und ist stellenweise aufgefasert. Das Stratum granulosum überall vorhanden; auf eine dünne Zelllage beschränkt. Kein Stratum lucidum. Die Malpighische Schicht fast allenthalben gleichmäſsig verschmälert, die Basalzellenschicht deutlich ausgeprägt. Das Stratum papillare fehlt stellenweise

ganz; ist es vorhanden, so sind die Papillen klein und schmal. Die elastischen Fasern der Cutis bedeutend vermindert, stellenweise vollständig fehlend; wenn vorhanden, hochgradig degeneriert. Talgdrüsen, Haarfollikel fast gänzlich fehlend. Kein Fettgewebe. In der Cutis und Subcutis reichlichst Zellinfiltrate um die verschlossenen Gefäfse und Schweifsdrüsen. Allenthalben im Infiltrat sehr zahlreich und gut färbbare Leprabazillen."

V. **Zwei Fälle von ausgedehnten Ulzerationsprozessen an Mund und Genitalien, hervorgerufen durch Diphtheriebazillen. (Subakute Haut- und Schleimhautdiphtherie)**, von Th. Schwab-Freiburg i. B. Fall 1 betraf ein 16jähriges, in der Entwicklung stark zurückgebliebenes anämisches Mädchen, Zögling einer Erziehungsanstalt. Die Patientin klagte seit drei Tagen über Schmerzen beim Gehen und Urinieren. Der untersuchende Arzt diagnostizierte Lues und veranlafste die Überführung des Mädchens in die Universitätshautklinik.

In der Erziehungsanstalt war in den letzten Monaten kein Fall von Diphtherie vorgekommen.

Die Aufnahme des Status ergibt bläulichrote Flecken an beiden Wangen, auf der Stirn und an den Armen. An verschiedenen Stellen der Mundschleimhaut, des Zahnfleisches sieht man scharf umschriebene, mit einem festhaftenden, gelblich-weifsen Belag bedeckte Geschwüre. Kratzt man die Auflagerung ab, so entsteht geringe Blutung. Die Umgebung der Geschwüre ist nicht infiltriert und zeigt überhaupt ein normales Aussehen. Die Ulcerationen verursachen spontan keine Beschwerden.

An den Genitalien findet man starkes Ödem der Labia minora und der Clitoris. Beim Auseinanderziehen der Labien zeigt sich ein flaches Geschwür mit festhaftendem, gelblich-weifsem Belag und einzelnen nekrotischen Fetzen. Aufserdem bemerkt man in der Nachbarschaft einige kleine Pusteln. Die Scheide ist im übrigen normal, das Hymen intakt; der Urin frei von Eiweifs und Zucker.

Wiederholt angelegte Kulturen von dem Belag der Geschwüre ergaben neben zahlreichen Staphylo- und wenigen Streptokokken reichlich typische Diphtheriebazillen.

In den nächsten Tagen fiebert die Kranke. Die Temperatur überschreitet abends immer 39° und zeigt einen remittierenden Charakter. Die Behandlung besteht in Seruminjektionen, Gurgelungen mit chlorsaurem Kalium und Borsäureumschlägen an den Genitalien. Nach ca. acht Tagen beginnen die Geschwüre sich zu reinigen, und die Heilung erfolgt ohne Störung.

Fall 2 betrifft ebenfalls ein 16jähriges Mädchen. Auch hier ist der Geschwürsprozefs auf die Mundhöhle und äufseren Genitalien beschränkt. Man findet im Munde flache, mit fibrinösem, gelblich-weifsem ohne Blutungen nicht entfernbaren Belag versehene Substanzverluste, die ohne Vorboten plötzlich auftreten und keine stärkeren Beschwerden verursachen. Sie vergröfsern sich nur wenig und verschwinden nach kürzerer oder längerer Zeit bald mit geringer Narbenbildung, bald ohne eine solche. — An der Lippe sind in diesem Falle die Geschwüre von einem erheblichen Infiltrat begleitet, ebenso an den Genitalien. Hier zeigen die Ulcerationen eine viel gröfsere Hartnäckigkeit und heilen erst nach längerer Zeit mit Narbenbildung ab. Diphtheriebazillen, aufserdem Staphylo- und Streptokokken waren, wenn auch nicht überall, nachweisbar.

Die Seruminjektionen hatten weder im ersten, noch im zweiten Falle einen merklichen Einfluſs auf den Prozefs. Der Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose der Fälle.

VI. **Über Dermoidcysten und paraurethrale Gänge der Genitoperinealraphe**, von W. Wechselmann-Berlin. Ein 23jähriger Kellner zeigte links vom Frenulum praeputii eine eiförmige, lambertsnufsgrofse, glatte, fluktuierende, transparente,

dünnwandige verschiebliche Geschwulst, die mit einem breiten, derben Stiel in der Mittellinie an der Urethra glandis haftete. Die Cyste bestand seit der frühesten Jugend des Patienten, ist aber seit der Pubertätszeit um das doppelte gewachsen. Eine Exstirpation der Cyste wurde nicht gestattet, weshalb Verfasser nicht in der Lage war, die mikroskopische Untersuchung vorzunehmen.

An der Hand der einschlägigen Literatur werden die Differentialdiagnose, die pathologischen Befunde, die Pathogenese solcher Dermoidcysten besprochen. Nach der bisherigen Beobachtung scheint die Analogie der kongenitalen Cysten und der paraurethralen Gänge in der Genitoperinealraphe eine so grofse zu sein, dafs man sie als genetisch identische Bildungen ansehen kann.

VII. **Über atrophische Formen des Lichen planus**, von W. Reiss-Krakau. Nach einer Rekapitulation der in der einschlägigen Literatur publizierten Fälle beschreibt Verfasser die Krankengeschichte eines 21jährigen Patienten, der bei der Aufnahme in die Klinik über seine „scheckige Haut" und über geringes Jucken klagte. Bei der Besichtigung zeigte sich der ganze Thorax, der Hals, die Extremitäten, mit Ausnahme der Waden, der Hohlhand und der Fufssohle, mit zahlreichen, teils isolierten, teils konfluierten, narbenähnlichen, bei auffallendem Lichte glänzenden, etwas vertieften, verschieden, grofsen Flecken bedeckt. Jeder Fleck ist von einer bald breiteren, bald schmäleren sepiabraun gefärbten Zone umgeben, die sehr fein, aber deutlich radiär gestreift ist. Die sepiabraune Umrandung der weifsen Plaques verleiht der Haut das charakteristische Aussehen. Durch Konfluenz benachbarte Flecke sind kreis- und festonartige Figuren entstanden.

Sensibilität und Temperatursinn sind überall normal.

Die mikroskopische Untersuchung exzidierter Hautstückchen hat keine Anhaltspunkte für die Lichenpathogenese ergeben.

Das histologische Bild im vorliegenden Falle weist mancherlei nicht unwesentliche Differenzen von den bei typischem Lichen planus beschriebenen Befunden auf. Es fehlt in den Präparaten des Verfassers die Hypertrophie der Körnerschicht, die scharfe Abgrenzung des Lichenknötchens gegen die Cutis, jede Andeutung einer Akanthose. Dagegen findet man hier Rundzelleninfiltrate in den oberen Cutisanlagen angehäuft und sich bis in die oberflächlichsten Reihen des Epithels fortsetzend. Was den Pigmentgehalt betrifft, so sieht man hier die Pigmentschollen sowohl in der basalen Reteschicht, wie auch in der papillären und subpapillären Cutisschicht in bedeutender Menge verteilt. Im Corium findet man die Pigmentkörner sowohl innerhalb als auch aufserhalb der Bindegewebszellen. Pigmentablagerungen um die Gefäfse herum waren nirgends wahrnehmbar.

Nach den klinischen wie histologischen Befunden kann man den vorliegenden Fall nicht als Terminalstadium eines gewöhnlichen Lichen planus mit Pigmentbildung auffassen; vielmehr ist der Fall als ganz typische Varietät des Lichen und zwar als eine a priori atrophisierende und mit starker Pigmentbildung einhergehende Form der Dermatose zu betrachten.

VIII. **Lymphangiektasien der Wange**, von C. Bruhns-Berlin. Der Verfasser beschreibt die Krankengeschichte einer 34jährigen Frau, die vor ca. acht Jahren die ersten Erscheinungen der gegenwärtigen Affektion, bestehend in Rötung und bald darauffolgender Anschwellung der linken unteren Gesichtshälfte, bemerkte. Die Schwellung fühlt sich teigig an. Sie zeigt nicht immer denselben Umfang, sondern ist gewissen, wahrscheinlich von der Stauung in den Lymph- und vielleicht auch in den venösen Bahnen abhängigen Gröfsenschwankungen unterworfen. Entzündliche Erscheinungen sind bei der Schwellung nicht vorgekommen.

Die klinische Diagnose lautete auf einen der Makroglossie ähnlichen Zustand oder auf Lymphangiom.

Aus dem histologischen Bilde sind folgende charakteristische Momente hervorzuheben: „Man sieht eine Anzahl gröfserer und kleinerer Lymphräume meist im subpapillären Stratum, stellenweise bis an das Rete Malpighii reichend. Die Lymphräume sind meist mit einfachem Endothel bekleidet. Im Innern der Lymphräume erkennt man teilweise geronnene Lymphe, teilweise ein Konglomerat von Zellen. Zwischen den Lymphräumen sind circumskripte Zellinfiltrationen sichtbar, die zusammengesetzt sind aus zahlreichen Lymphocyten und Plasmazellen. Dazwischen sind viele einzelne Endothelien oder zu kapillaren angeordnete Endothelzüge eingestreut. Ferner finden sich an verschiedenen Stellen innerhalb der Lymphräume sowohl, wie aufserhalb derselben im Gewebe grofse Zellen, die Riesenzellen vollkommen gleichen."

Verfasser erörtert im folgenden unter Heranziehung der einschlägigen Literatur die Fragen: „Liegt hier echtes Lymphangiom vor, oder haben wir es nur mit Lymphangiektasien, vielleicht infolge eines chronisch verlaufenden Entzündungsprozesses zu tun?" Ferner: „Wo ist die Grenze zwischen Lymphangiom und Lymphangiektasie, zu ziehen?" Der Verfasser entscheidet sich dafür, dafs es sich in seinem Falle um Lymphangiektasien handle, und begründet diese Diagnose durch Vergleiche seiner Befunde mit den Untersuchungsergebnissen der in der Literatur beschriebenen Fälle von eigentlichem Lymphangiom.

IX. **Über zwei Fälle von Antipyrinexanthem,** von Karl Löwy-Prag. Im ersten Falle bekam der 46jährige, stark nervöse, häufig an Kopfschmerzen leidende Patient unmittelbar nach dem Einnehmen eines Kaffeelöffels Antipyrin heftiges Brennen an den Lippen, dann Brennen und Jucken am ganzen Körper. Noch an demselben Tage brach unter Schwindel- und Ohnmachtsanfällen Herzklopfen und Angstzuständen, Appetitlosigkeit und leicht ikterischer Verfärbung der Haut ein über Stirn, Stamm und Extremitäten verbreiteter, ziemlich symmetrisch angeordneter Ausschlag auf, welcher charakterisiert war durch heller- bis kronengrofse, rundliche oder unregelmäfsig geformte, teils schärfer, teils weniger scharf begrenzte, über das Hautniveau erhabene, braunrötliche, auf Druck abblassende, nicht schuppende Efflorescenzen.

Aufser diesen bemerkt man auf der Streckseite beider Ellbogengelenke je einen ca. handtellergrofsen, rundlichen, scharf begrenzten, den beschriebenen Herden analog beschaffenen, erythematösen Fleck.

Die Lippen waren stark geschwollen; die Mundschleimhaut am harten Gaumen stellenweise krustig belegt oder blasig abgehoben, das Scrotum und der Penis in grofser Ausdehnung der oberflächlichen Hautschichten beraubt. Eine schlaffe Blase bedeckt die Glans. An diesen Stellen besteht lebhaftes Brennen. Der Patient kann nur flüssige Nahrung zu sich nehmen und sieht sehr elend und verfallen aus. Der Urin enthielt in den nächsten Tagen Eiweifs. Nur langsam gehen die Erscheinungen zurück und sind bis auf wenige Reste nach ca. 14 Tagen verschwunden.

Der zweite Fall betraf einen 25jährigen Arbeiter, der nach einem Gramm Antipyrin ein morbillenartiges, stellenweise erythematöses Exanthem, besonders am Rumpf, blasige Abhebungen an den Lippen und der Glans, hochgradiges Ödem des Gesichts, stark gedunsene Lippen, Schwellung und blasige Abhebung der Mund- und Nasenschleimhaut, an den Extremitäten derbe weifse, porzellanartige Quaddeln aufwies. Der Patient war leicht benommen, apathisch, fieberte und klagte über allgemeine Körperschwäche.

Schon am nächsten Morgen waren die Erscheinungen bis auf eine leichte restierende Schwellung der Augenlider und Lippen und einige wenige kleine rote Flecke auf den Handrücken verschwunden.

Der Verfasser bespricht eingehend, unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur, die beiden Fälle. Er findet unter anderem im ersten Falle auffallend, dafs der Patient Jahre hindurch das Antipyrin gut vertrug und dann plötzlich mit so schweren Erscheinungen reagierte. (NB. Ein Kaffeelöffel Antipyrin ist mehr als 2 g und mindestens die dreifache Dosis einer Messerspitze, die der Patient sonst eingenommen hatte. Ref.)

Von Interesse war in dem Falle ferner der Ikterus und die Farbenveränderung, die das Erythem beim Verschwinden einging. Der ursprünglich braunrötliche Farbenton nahm einen deutlich schmutzigblauen an und machte schliefslich einer restierenden braunen Pigmentation Platz. Es sind dies Farbenveränderungen, wie sie von Ehrmann, Brocq, Morel-Lavallé u. a. als „erythematös-pigmentierte" Formen in Fällen lokalisierter Antipyrinexantheme beschrieben und als für diese ganz charakteristisch bezeichnet worden sind.

X. **Über Bazillenbefunde bei Syphilis**, von Ludwig Waelsch-Prag. Verfasser hat es unternommen, v. Niessens „Beiträge zur Syphilisforschung", insbesondere seine Bazillenbefunde bei Syphilis, einer eingehenden Nachprüfung zu unterziehen. Über die Ergebnisse derselben bis zum August 1902 hat Verfasser auf der 74. Naturforscherversammlung in Karlsbad berichtet.

Seitdem ist die Aufgabe teils modifiziert, teils erweitert worden, und zwar in folgender Weise: „Zur Untersuchung wurde hauptsächlich das Blut Syphilitischer und zur Kontrolle das Blut Gesunder, Hautkranker oder Tripperkranker, welche aber Syphilis nicht durchgemacht hatten und auch keine Zeichen durchgemachter Syphilis darboten, verwendet. Aufserdem wurde untersucht die durch Lumbalpunktion gewonnene Cerebrospinalflüssigkeit Syphilitischer und Hautkranker, ferner das Sekret gereinigter Initialsklerosen, welche das typische Bild des reinen Geschwürs mit „wie lackierter" Fläche darboten; aufserdem wurden in zwei Fällen derartige Sklerosen exzidiert und bakteriologisch verarbeitet, ferner in zwei Fällen florid syphilitischer, bisher unbehandelter Kranker eine stark geschwollene, inguinale Drüse aseptisch herausgenommen und ebenfalls kulturell geprüft."

Das Ergebnis der Untersuchungen ist folgendes: „Bei 35 sekundär Luetischen liefs sich in zwölf Fällen der v. Niessensche Bacillus allein und rein darstellen, in fünf Fällen der Bacillus der zarten Kulturen, in vier Fällen beide nebeneinander, in drei Fällen ein grofser, gelber Diplococcus, in 11 Fällen blieb das Blut steril. Ein Fall von miliaren Gummata ergab zarte Kulturen, bei gummöser Lues blieb das Untersuchungsresultat immer negativ, bei 27 Gesunden fand sich einmal ein von dem v. Niessenschen deutlich verschiedener Bacillus, der als Hautverunreinigung wohlbekannt ist, zweimal ein mit den zarten Kulturen identischer, in die Gruppe der Pseudodiphtheriebazillen gehörender. Unter 35 florid Syphilitischen konnte nur bei 16 Fällen (= 45,7 %), also nicht einmal in der Hälfte der Fälle, der v. Niessensche Bacillus nachgewiesen werden, im Gegensatze zu v. Niessen selbst, der ihn bei allen 160 von ihm untersuchten Fällen gefunden haben will und ihm deswegen grofse diagnostische Bedeutung zuschreibt.

Nachdem der Verfasser die Resultate seiner Tierversuche mitgeteilt hat, fällt er über v. Niessens Befunde folgendes Urteil:

„Was bleibt also nun von dem stolzen Gebäude der Syphilisätiologie übrig, das v. Niessen aere perennius aufgerichtet zu haben glaubte? Die Fundamente dieses Baues haben sich als morsch erwiesen, die Prämissen, auf welchen er seine hochfliegenden Folgerungen aufbaut, haben einer, ich kann dies wohl ruhig sagen, ganz unvoreingenommenen Kritik nicht stand gehalten. Von den bekannten Forderungen Kochs, welche erfüllt werden müssen, wenn ein bei einer Infektionskrankheit gefundener

Mikroorganismus mit Fug und Recht als Erreger derselben angeschuldigt werden soll, ist auch nicht eine in einwandsfreier Weise erfüllt worden. Der Bacillus v. Niessens läfst sich nicht konstant bei Syphilis nachweisen. Dieser nicht konstante Bacillus läfst sich zwar rein züchten, seine Kulturen rufen aber beim Versuchstier nicht immer eine Erkrankung hervor, und wenn sie dies tun, nicht eine solche, welche mit der Krankheit identisch wäre, als deren Erreger sie angeschuldigt werden; endlich konnte ich ihn aus den geimpften Tieren nicht wieder zurückzüchten.

Damit ist wohl der Beweis erbracht, dafs dieser von mir in nicht ganz der Hälfte der Fälle von sekundärer Syphilis in deren Eruptionsperiode gezüchtete Bacillus, und auch der von Joseph und Piorkowski, deren Versuche ich zwar nicht nachgeprüft habe, deren Bacillus aber nach dem, was in Karlsbad demonstriert wurde, identisch ist mit dem v. Niessens und dem meinen, mit Syphilis nicht in ätiologische Beziehung gebracht werden kann. Es ist nichts anderes als ein die Syphilis des Menschen manchmal begleitender, wahrscheinlich ganz harmloser Schmarotzer, der von der Haut oder Schleimhaut aus in die Lymphbahnen aufgenommen, in die Drüsen und dann in das Blut weitertransportiert wird, in welchem er in sehr geringer Zahl in der Eruptionsperiode der Syphilis kreist. Es wird sich daher empfehlen, bezüglich der gefundenen Mikroorganismen, wie dies Prof. Pick in Karlsbad betont hat, nicht von Bazillen der Syphilis, sondern von Bazillen bei Syphilis zu sprechen."

XI. **Über einen Fall von malignem Plasmom.** Vorläufige Mitteilung, von Rudolf Hoffmann-München. Es handelt sich um einen zur Sektion gelangten Fall von Myelom, über den Verfasser eingehend in Zieglers Beiträgen berichten wird. Die am Darmbein, Schädelbasis, Clavicula, Sternum, Rippen usw. gefundenen Tumoren sind aus uniformen, dichtgedrängten Rundzellen zusammengesetzt. Dieselben präsentieren sich ihrer Beschaffenheit nach als Plasmazellen des Marschalkóschen Typus.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologisches Centralblatt.

Band VII, Heft 2.

Welche Bedeutung hat die Thompsonsche Zweigläserprobe für die Lokaldiagnose bei Erkrankungen der Harnwege, von Walter Schneider-Berlin. Bei Anstellung der Thompsonschen Zweigläserprobe bedeutet eine zweite eitrig-trübe Harnportion eine Erkrankung oberhalb des Kompressors (Urethritis posterior, Prostatitis, Spermatocystitis, Cystitis, Pyelitis).

Eine zweite klare und fadenfreie Harnportion schliefst nicht mit Sicherheit das Bestehen einer Urethritis posterior und ihrer Komplikationen (Prostatitis und Spermatocystitis) aus. Bei Erteilung des Ehekonsenses ist eine Untersuchung des Prostataexpressionssekrets auch bei ganz klarem Harn nie zu unterlassen, wenn blennorrhoische Antecedentien vorliegen. Es folgt eine Kasuistik von elf Fällen als Illustration des Gesagten, welche zeigen, wie notwendig besonders die Untersuchung des Prostatasekrets ist, um unliebsamen Überraschungen vorzubeugen, die besonders in der Ehe unangenehme Folgen nach sich ziehen können.

Band VII, Heft 3.

Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Eduard Richter-Plauen i. V. Zweierlei mufs dem Arzt bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vorschweben: 1. Seine Hilfe darf nicht post festum kommen, wie z. B. die der eventuell vorzuschlagenden juristischen Strafgesetze, welche zum Unglück noch eine Strafe bringen, und 2. die Bekämpfung der „Geschlechtskrankheiten" ist ganz streng zu unterscheiden

von der Bekämpfung für oder gegen die „Geschlechtskranken". Es bedarf einer objektiven Prophylaxe, die nicht nur in der Aufforderung zur „Abstinenz" besteht. Die Reglementation der Prostituierten ist immer noch besser als die freie Prostitution, doch müfste die Kontrolle häufiger angewandt werden. Der Kampf richtet sich gegen die Blennorrhoe und die Syphilis, von denen die erste die meiste Verbreitung hat und am frühesten übertragbar ist. Eine Bekämpfung beider gleichzeitig durch spezifische Desinfizientien is prophylaktisch möglich. (Schluſs folgt.)

Bernhard Schulze-Kiel.

The British Journal of Dermatology.

Band 16. Januar 1904.

I. **Die Keratosis pilaris und ihre pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Haut**, von Ch. Watson-Edinburgh. Der Verfasser beschreibt die Krankengeschichte eines sechsjährigen, dürftig genährten Knaben, der seit acht Monaten am Gesäfs, an den Oberschenkeln und am Halse einen aus zahlreichen papulösen, konischen, vielfach von kurzen, dicken, schwarzen Haarstümpfen durchbohrten Efflorescenzen bestehenden Ausschlag zeigt. Die dazwischen befindliche Haut ist trocken, gespannt. Mit dem Ausschlage ist vollständiger Haarverlust am Körper verbunden. Das Haar des Kopfes ist trocken und glanzlos und weist die Anzeichen von frühzeitiger, seniler Atrophie auf. Das Aussehen des kleinen Patienten ist ein greisenhaftes.

Die histologische Untersuchung ergibt als hauptsächlichste Merkmale Verdichtung der Cutis vera mit Zellproliferation ihrer Papillenschicht und bedeutender Verdickung der Blutgefäfse, unvollkommener Haarentwicklung und Alterationen in den Talg- und Schweifsdrüsen. Unter täglichen Heifswasserapplikationen, hierauf Einreibungen von Myelocene, sowie einer zweckmäfsigen Ernährung besserte sich der Zustand des Patienten. Der Verfasser bespricht die Ätiologie der Affektion und erinnert an analoge Fälle aus der einschlägigen Literatur.

II. **Über die Plasmazellen, die kleinen Rundzellen und die Zellen der chronischen Entzündungen im allgemeinen**, von Arthur Whitfield-London. Der Verfasser wirft an der Hand der einschlägigen Literatur einen Rückblick auf die Entstehung, die weitere Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Plasmazellenfrage und will in einem zweiten Artikel die Resultate eigener Beobachtungen und experimenteller Untersuchungen mitteilen. *C. Berliner-Aachen.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Band 21. Dezember 1903.

I. **Der gegenwärtige Stand der Phototherapie**, von F. H. Montgomery-Chicago. Der Verfasser gibt an der Hand der einschlägigen Literatur, insbesondere von Finsens Berichten, einen Überblick über die Hautkrankheiten, bei denen die Phototherapie zur Verwendung gekommen ist, bespricht eingehend die verschiedenen hierbei gebrauchten Apparate, ihre Handhabung und Wirkung auf die Haut, und resumiert das Gesagte in folgenden allgemeinen Betrachtungen und Schlüssen: Von allen Methoden der Behandlung des Lupus vulgaris und anderer Formen der Hauttuberkulose ist die Phototherapie in ihrer Wirkung die zuverlässigste und gibt die besten kosmetischen Resultate. Die Phototherapie ist jedoch nicht so wirksam und kann in gewissen Fällen gänzlich im Stiche lassen, in denen die Haut stark pigmentiert ist, oder mechanische Hindernisse, wie dicke oder unregelmäfsige Narben oder

dicht infiltrierte oder hypertrophische Hautbezirke sich der Behandlung in den Weg stellen, oder wenn die Affektion einen für den Druck und die direkte Bestrahlung unzugänglichen Sitz hat. In solchen Fällen erweisen sich die X-Strahlen als wirksamer. Krusten und andere Hindernisse sollen durch die gewöhnlichen Methoden beseitigt werden; in manchen Fällen sind reduzierende Mittel, wie Pyrogallol, anzuwenden, um die tiefer gelegenen Knoten freizulegen und für die Lichtbestrahlung zugänglicher zu machen.

Die Kosten der Lichtbehandlung für kleine Bezirke sind nicht gröfser als bei anderen Methoden, zumal gute Resultate rasch erzielt werden. Bei ausgedehnteren Partien ist sie kostspieliger als die Behandlung mit X-Strahlen. — Jansens Experimente zeigen, dafs das Licht ebenso stark baktericide Eigenschaften zeige, wenn es durch Glas, als wenn es durch Quarz gehe. Wird dieser einmal durch eine Substanz ersetzt, aus der gröfsere Linsen angefertigt werden können, so wird es auch möglich sein, die gröfsere Fläche gleichzeitig zu bestrahlen, die ganze Behandlung abzukürzen und billiger zu gestalten.

Die Phototherapie verspricht Gutes zu leisten auf umschriebenen Bezirken des Lupus erythematosus, der Alopecia areata, der Rosacea, der Gefäfsnaevi und einiger chronisch-entzündlicher Hautkrankheiten. — Es ist möglich, dafs die Lichtstrahlen irgend einen Einfluſs auf die Blutzirkulation in der Haut oder auf die Nervenendigungen ausübt, oder endlich, wie Strebel annimmt, dafs die Lichtstrahlen, nachdem sie in die Gewebe eingedrungen sind, sich in irgend eine andere Form von Energie umwandeln.

II. **Ein Fall von unbestimmter Hautinfektion**, von J. A. Fordyce und A. D. Mewborn - New York. Der 52jährige Patient, Zigarrenarbeiter und starker Raucher, leugnet jede venerische Krankheit. Vor fünf Jahren litt er an Malaria, drei Jahre später an Grippe und Pneumonie; seitdem hustet er bisweilen und hat an Körpergewicht verloren. Mit Pferden hat er nie etwas zu tun, ist nur, abgesehen von der Zigarrenfabrikation, hin und wieder mit dem Verkaufe von Zigarren im Laden beschäftigt. Vor drei Wochen verletzte er sich zu Hause beim Reinigen des Ofens an der Dorsalfläche der zweiten Phalanx des rechten Ringfingers. Es war nur ein Kratzeffekt, der jedoch in wenigen Tagen sehr schmerzhaft und geschwürig wurde. Der Rand des Geschwürs war erhaben, das Zentrum vertieft und schwärzlich verfärbt. Gewohnheitsmäfsig fuhr der Patient häufig mit seiner rechten Hand über seinen Schnurrbart und sein Kopfhaar, und in 2—3 Tagen entwickelten sich hier dem ursprünglichen Geschwür ähnliche oder ganz identische. Innerhalb von drei Wochen wurden noch die Oberlippe, das rechte Ohr und andere benachbarte Stellen befallen. Der Patient mufste sich zu Bett legen. Er klagte über allgemeine Schwäche, Frostgefühl und Kopfschmerzen. Bei der Aufnahme im Krankenhause schien er ernsthafter krank zu sein, als man es der wenig erhöhten Temperatur und dem Pulse von 84 Schlägen nach vermuten würde. Die Mundschleimhaut erwies sich bei genauer Besichtigung bedeckt von zahlreichen kleinen, oberflächlichen Erosionen. Vesicopustulöse Efflorescenzen, kleine Ulcera, die jedoch oft stark in die Tiefe gingen, wechselten auf der Körperhaut miteinander ab. Kulturen, aus dem Inhalt eines ganz frisch entstandenen Bläschens angelegt, ergaben nur üppiges Wachstum des Staphylococcus pyogenes aureus. Keinerlei Bacillen wurden entdeckt.

Der Patient starb acht Tage nach seiner Aufnahme.

Die Autopsie ergab pathologische Veränderungen, besonders in den Lungen. Der Larynx war bedeckt von Geschwüren.

Auf dem ursprünglichen Geschwür am Finger wurden Bacillen gefunden, die einige Ähnlichkeit mit Tuberkelbacillen hatten, ihnen jedoch nicht völlig glichen.

Im übrigen fand man meistens in den Absonderungen der Geschwüre, der Pusteln usw. den Staphylococcus aureus et albus.

Eine bestimmte Diagnose konnte weder aus den bakteriologischen noch histologischen Befunden gestellt werden. Auch das klinische Bild deutete nur auf das Vorhandensein eines stark infektiösen, septischen Prozesses hin, charakterisiert durch Hautläsionen, die in ihrer vollen Entwicklung hauptsächlich aus gangränösen Plaques und verschorfenden Ulcera bestanden. Man wird wohl für die Entstehung und Ausdehnung der Hautkrankheit eine Infektion mit Staphylokokken unter Mitwirkung von Streptokokken verantwortlich machen müssen. Aber unter welche Infektionskrankheit sie einzureihen wäre, dafür bot der Fall zu wenig scharf ausgeprägte Charakteristica.

C. Berliner-Aachen.

La Syphilis.

Band I, Heft 2. August 1908.

Syphilitische Ulceration bei Neugeborenen, von V. Hutinel. Im Hospice des Enfants-Assistés kommen jährlich etwa viertausend Neugeborene zur Besichtigung, um eventuell eine Amme zu erhalten oder behandelt zu werden. Bei der Wichtigkeit der Sache, ob es sich dabei um hereditär-syphilitische Kinder handelt, welche durch Ansteckung einer bisher gesunden Amme zur Verbreitung der Syphilis leider oft beitragen, ist jedes Moment, um eine Syphilis zu erkennen, von grofser Bedeutung, sind doch die Merkmale oft so unbedeutend, dafs man zweifeln kann, ob Syphilis vorliegt, ja oft fehlt jegliches Anzeichen, und die furchtbare Krankheit zeigt sich erst, wenn die Kinder der ärztlichen Behandlung entzogen sind. Eines der Anzeichen, welches wert ist, hinlängliche Beachtung zu finden, auf welches Verfasser hinweisen möchte, ist eine eigenartige Verletzung am Nabel, die oft beobachtet werden kann und oft längere Zeit das einzige fühlbare Zeichen spezifischer Infektion ist. Die Haupteigenschaften dieser Affektion sind folgende: Bald nach der Trennung der Nabelschnur stülpt sich der Nabel vor, anfangs lebhaft rot, bald heller werdend, mit einer Einsenkung in der Mitte und einem breiten Rande. Die Schwellung sieht aus wie eine frische Entzündung, die Haut der Umgebung erinnert an ein Erysipel, aber die Röte dehnt sich nicht weiter aus, es fehlt das Fieber, das allgemeine Wohlbefinden ist nicht gestört, Schmerzen fehlen, ebenso wie das Hitzegefühl. Diese Geschwulst fühlt sich infiltriert an und betrifft die ganze Dicke der Haut, sich allmählich am Rande verlaufend. Allmählich ulceriert die Mitte, es entsteht ein tiefer Krater, welcher die Tendenz hat, nach dem Peritoneum durchzubrechen. Nach 14 Tagen bilden sich die Erscheinungen zurück, es bleibt nur eine tiefe Fistel, die der Heilung und Behandlung lange Zeit Hohn spricht. Gleichzeitig treten dann meistens weitere Erscheinungen der Syphilis, Coryza, Papeln, Fissuren an den Lippen usw. auf. Bei dem häufigen Tode des Kindes findet man dann eine gummöse Ulceration des Nabels und andere spezifische Erscheinungen im Munde, Rachen, Nieren, Leber usw. Mehrere ausführliche Krankheitsberichte illustrieren die Beobachtungen des Verfassers und liefern den Beweis, wie wichtig es ist, dieser bisher nicht beschriebenen Affektion, die anfangs oft das einzige verdächtige Symptom einer hereditären Syphilis ist, seine volle Aufmerksamkeit zu schenken, wenn man nicht das Leben und die Gesundheit anderer gefährden will.

Kann man die kongenitale polycystische Niere als eine Mifsbildung oder eine syphilitische Dystrophie betrachten? von Bar-Paris. Die Erforschung der dystrophischen oder degenerierten Nieren hat vor allem Interesse für den Pathologen, der nach der eigentlichen Natur dieser Entartung sucht. Man stand lange im An-

schluſs an die Arbeiten Virchows auf dem Standpunkte, daſs die kongenital polycystische Bildung der Nieren einfach auf der Erweiterung der Harnkanälchen durch Retention beruhe. Diese Erklärung hat sich aber als falsch erwiesen. Der Vorgang ist vielmehr folgender: Ist die Degeneration frisch, so sind die Harnkanäle durch ein celluläres Bindegewebe getrennt, dessen weite Maschen eine groſse Menge Flüssigkeit enthalten. Bald umgeben sich aber die Cysten mit einem harten Saum, bis endlich die Niere sich in ein hartes Gewebe, durchsetzt von Cysten, verwandelt; ähnlich ist es bei Leber und Pankreas. Es spricht vieles dafür, daſs diese Vorgänge auf Syphilis beruhen, wenngleich der Beweis kein strikter ist und anatomisch nicht begründet werden kann. Dafür sprechen auch die Krankengeschichten dreier syphilitischer Brüder aus der Klientel des Verfassers, die er, mit Illustrationen versehen, anführt.

Über intramuskuläre Injektionen von Hydrargyrum aceticum bei Syphilis, von Barthélemy, Lafay, Lévy-Binz. An 30 Patienten wurden 521 Injektionen einer 2%igen Lösung von essigsaurem Quecksilber durch die Verfasser ausgeführt, doch war der Erfolg nicht befriedigend. Das essigsaure Quecksilber $(CH^3CO\text{-}AzH)^2Hg$ ruft in der angewandten Dosis von 2—3 cg täglich, leicht Diarrhoe und Stomatitis hervor und hinterläſst oft Indurationen an der Einstichstelle. Die Schmerzen dauern durchschnittlich zwei Stunden. Die therapeutischen Resultate sind meist ungenügend, es ist bei gleicher Dosis in jeder Beziehung dem Hydrargyrum bijodatum unterlegen.

Ein Fall von rudimentärem syphilitischen Schanker, von Alfred Fournier. Eine junge Frau wurde von ihrem Ehemanne infiziert, die Erscheinungen des Schankers waren so unscheinbar, daſs die Ehegatten sie für einfache Erosionen hielten. An der Innenseite der rechten kleinen Schamlippe befand sich eine ovale, runde Erosion von 5—6 mm Durchmesser. Die Erosion war eben, glänzend, schinkenfarbig, ohne Rand, direkt in die Umgebung übergehend. Die Basis leicht gelockert. An der rechten Hälfte bemerkt man eine kleine harte Drüse, links keine. Unter Bäderbehandlung und Coldcream heilt die Läsion, nur eine verhärtete Narbe bleibt. Einige Wochen später traten bei allmählichem Wachsen der Drüsen syphilitische Sekundärerscheinungen auf. Es handelte sich also um einen keineswegs typischen Schanker in Gestalt einer Abschürfung der Epidermis, schmerzlos, kaum bemerkbar, der in zwölf Tagen heilte und nur eine einzige kleine Drüse im Gefolge hatte. Es ist dieser Fall ein Beweis dafür, daſs man auch scheinbar unbedeutende Erosionen beachten soll, schlummert doch in ihnen oft der Keim eines heftigen Leidens.

Band I, Heft 3.

I. **Merkur und Syphilis,** von Barthélemy-Paris. Das Quecksilber ist kein Präventivmittel gegen Syphilis, aber bei diagnostizierter Lues das spezifische Mittel gegen das Gift, und zwar speziell gegen alle Erscheinungen, die auf luetischer Basis beruhen. Sobald die Krankheit sicher erkannt ist, soll die Quecksilberbehandlung beginnen, und zwar ist die geeignetste Anwendungsweise die der intramuskulären Injektionen von grauem Öl, während die intravenösen Injektionen löslicher Präparate nur im Anfang der Lues zu empfehen sind. Die Hauptsache ist energische lange Behandlung nach der von Fournier angegebenen intermittierenden Weise, vor allem Behandlung in den ersten vier Jahren, doch ist eine jährliche Kur von je sechs Injektionen auch später entschieden zu empfehlen, um einerseits den Tertiärerscheinungen, besonders des Knochen- und Nervensystems, vorzubeugen und anderseits die Aussicht auf eine gesunde Nachkommenschaft zu heben. Selbst bei bestehender Albuminurie ist eine vernünftige Anwendung des Quecksilbers nicht kontraindiziert, im Gegenteil wird sie einer auf Syphilis beruhenden Erkrankung der Nieren nur vorteilhaft sein. Die Anwendung von Jod ist nur ein Unterstützungsmittel, kein Heilmittel bei der

Syphilis und kann gänzlich fehlen. Im Merkur allein liegt das Heil, das Hydrargyrum ist und bleibt das Heilmittel par excellence für die Syphilis, während die Versuche mit Serum noch in den Kinderschuhen liegen.

II. **Die Jodöle**, von L. Lafay. Die Hauptvorteile der Anwendung des Jodöls bestehen darin, dafs es in angenehmer Weise zu nehmen ist, keine Unannehmlichkeiten von seiten des Verdauungstraktus bereitet, selbst bei Leuten, die sonst Jod schlecht vertragen, und dafs man Dosen anwenden kann, die weit höher sind, als es bisher üblich war; denn während früher selten mehr als 30 Tropfen Jodtinktur ein- bis zweimal täglich eingeführt wurden, die etwa 0,08 mg Jod enthielten, kommt bei einer mittleren Tagesdosis von 5 ccm Jodöl eine Menge in den Körper, die 2140 Tropfen Jodtinktur entsprechen würde, ohne dafs dadurch Schaden erwächst. Bereits im Mai 1901 fand Verfasser ein Jodöl, welches mehr Jod enthielt als die Jodsalze und kein Chlor enthielt, wie auch früher schon französische Chemiker Jodöle angewandt hatten. Das Jodöl Lafays ist eine Verbesserung des Jodöls von Personne, es enthält 40% Jod und geht unter dem Namen Lipiodol; es ist ein organischer Körper im chemischen Sinne, unterscheidet sich von allen bisherigen Jodpräparaten und läfst sich chemisch schwer nachweisen; es besitzt eine grofse Festigkeit gegen Säuren, selbst Schwefelsäure bräunt es nur allmählich, wenn man die Säure erhitzt, dagegen ist es in Alkalien lösbar. Seine Farbe ist gelb, wie das gewöhnliche Öl von leicht aromatischem Geruch und neutraler Reaktion, unlöslich in Wasser und Alkohol, leicht löslich in Äther, Benzin, Chloroform. Es färbt sich leicht unter dem Einflufs von Luft, Licht, Feuchtigkeit und Hitze, ohne dafs dadurch sein Heilwert leidet. Seine Anwendungsweise per os besteht in Kapseln oder Emulsionen; die Kapseln enthalten 0,5 cg Lipiodol, die Emulsion ebenso 0,5 cg in einem Kaffeelöffel. Letztere hat den Vorzug, dafs sie schneller resorbiert wird und durch Corrigentien dem Patienten angenehmer gemacht werden kann. Natürlich ist auch eine Einführung per rectum oder durch Injektionen möglich. Letztere sind schmerzlos und gefahrlos, rufen nie Jodismus hervor, selbst nicht bei Leuten, die sonst kein Jod vertragen, während Einreibungen auf die Haut nach Art einer Quecksilberschmierkur nur schwach wirken. Das Jodöl berührt die Verdauungswege nicht, der Assimilationsprozefs vollzieht sich im Blute selbst bereits nach 15 Minuten bei Einnahme per os, langsamer bei Anwendung der subcutanen Injektion, im Urin läfst sich Jod erst nach mehreren Tagen nachweisen. Nach Aufnahme in den Kreislauf setzt es sich in alle Organe, die Ausscheidung folgt langsam, aber gleichmäfsig, wodurch der Heilwert des Jodöls gröfser ist als der der rasch ausgeschiedenen Jodsalze, da im Körper keine Reserven bleiben. (Fortsetzung folgt.)

III. **Syphilis beim Affen**, von Roux und Metschnikoff. In der Sitzung der Académie de Médicine stellen Verfasser einen Schimpanse vor, dem sie syphilitischen Virus von einem menschlichen harten Schanker in die Vorhaut eingeimpft hatten. Der Affe zeigt einen typischen harten Schanker mit hartem Grunde von pergamentartiger Beschaffenheit und allen Eigentümlichkeiten des menschlichen syphilitischen Primäraffektes. Er war nach 26 Tagen voll entwickelt, dann stellten sich erst rechts an der Seite der Impfung, dann links multiple indolente Bubonen ein, während die weiteren Sekundärerscheinungen, wie vor allem ein Exanthem, noch fehlen. In der Diskussion wird die Ansicht, dafs es sich um einen gelungenen Versuch, die Syphilis auf ein Tier zu überimpfen, handelt, allgemein bestätigt, und spricht vor allem Fournier die Hoffnung aus, dafs das Exanthem folgen möge. Dann ist endlich das Sehnen aller Forscher erreicht und die Aussicht vorhanden, im Wege des Tierexperiments auf dem Forschungsgebiete der Syphilis weiter zu kommen.

IV. **Tertiäre luetische Affektion der Achillessehne**, von Alfred Fournier. Tertiäre Erscheinungen an den Sehnen sind selten. Fournier berichtet über einen

solchen Fall. Der 59jährige Patient hatte sich 1866 infiziert, die Infektion und der anfängliche Verlauf machten einen günstigen Eindruck und wurde von RICORD behandelt. Nach einer symptomfreien Zeit von neun Jahren entstanden 1875 Iritis und Exostosen, die unter einer Schmierkur heilten. 1884 stellte sich ein tuberkulo-ulceröses Syphilid ein, welches unter Pillenkur und Jodkalium verschwand; 1898 zeigten sich Gummata der Zunge, die ebenfalls schnell auf Jod reagierten, gleichzeitig erkrankte der Mann an Diabetes. Endlich trat 1899 die Erkrankung der Sehne auf, die dem Kranken viel Beschwerden machte und die Achillessehne in ihrer ganzen Ausdehnung befiel; die Erscheinungen wichen nur langsam nach einer Schmierkur, Pillenkur und Jodkalium, und erst nach neun Monaten war eine volle Restititio ad integrum erreicht.

Band I, Heft 4.

I. **Syphilis und Bakteriologie**, von PAUL SALMON. Das Studium der Syphilis, vom bakteriologisch-experimentellen Standpunkt aus betrachtet, umfaßt zahlreiche Hypothesen. Das Mikrobion, die Toxine, das Überimpfungsgift, das Antitoxin harren noch der Entdeckung. Die Erfindung des Erregers der Lues ist um so schwerer, weil sich trotz zahlreicher Versuche die Tiere als immun gegen Infektion von Syphilis zeigten. Die Syphilis dringt nie in den Körper ein ohne eine Kontinuitätstrennung der Epidermis und wird nur durch direkten Kontakt übertragen. Das syphilitische Virus scheint eine schwache Lebensfähigkeit außerhalb des Körpers zu haben, deshalb sind experimentelle Impfungen stets rasch vorzunehmen. Der Impfschanker erscheint nach durchschnittlich 30 Tagen, solange scheint das Virus im Blute oder im Lymphstrom unbemerkt zu kreisen, denn beim Erscheinen des Primäraffektes ist die Allgemeininfektion des Körpers bereits erfolgt, wie ja die erfolglose Exstirpation des Schankers, um der allgemeinen Krankheit vorzubeugen, stets bewiesen hat. Es handelt sich also um eine Erkrankung des gesamten Blutes, wovon die äußeren Erscheinungen der Haut nur sichtbare Zeichen sind; das Virus hat bereits den Körper besetzt, bevor sich der Schanker zeigt. Daher ist auch jede Präventivkur mit Quecksilber nutzlos. Nach der Einimpfung des syphilitischen Giftes ist eine Wiederimpfung selbst vor dem Auftreten des Primäraffektes bei dem Geimpften unmöglich. Schanker und sog. Sekundärerscheinungen bestehen oft nebeneinander, selbst Tertiärerscheinungen zeigen sich bisweilen schon, während der Schanker noch besteht. In jedem Stadium besteht eine Übertragungsmöglichkeit auf Gesunde, selbst im tertiären, auch auf dem Placentarwege ist Infektion möglich (Syphilis congenita), wie man überhaupt durch Einimpfen des Blutes Infizierter Syphilis bei Gesunden hervorrufen kann. Auch in den Lymphbahnen, ebenso wie im Blute, kreist das syphilitische Virus, die geschwollenen Lymphdrüsen beweisen dieses zur Genüge. Die Lokalisation des Erregers der Lues im Nervensystem ist der Ursprung schwerer Nerven- und Gehirnleiden, wie Paralyse und Tabes, die Milch der weiblichen Brustdrüsen scheint frei von Syphilis, während das männliche Sperma Syphilis erzeugen kann. Das Auftreten und die Virulenz der Krankheit sind sehr verschieden, eine Reinfektion gehört zu den Seltenheiten und wird noch heute von einem Teil der Autoren geleugnet; meist besteht eine Immunität fürs ganze Leben, aber bei keinem Menschen besteht von Hause aus eine Immunität. Der Erreger des Leidens ist unbekannt, weder der LUSTGARTENsche, noch der HENRIOTsche oder der JOSEPH-PIORKOWSKIsche Bacillus ist bisher als sicher erwiesen anerkannt. Dasselbe Schicksal haben die Sporozoren, die BOX, DOEHLE, SCHÜLLER beobachteten, oder die Trypanosomes; auch die Theorie der Epithelioses infectieuses wird verworfen. Die Syphilis paßt nicht in irgendeine Krankheitsgruppe. Die Serumtherapie mit Tier- und Menschenserum hat bisher keine Resultate erzielt, das Queck-

silber bleibt immer noch mit Unterstützung des Jods das souveräne Mittel, wenngleich die äufseren Erscheinungen auch spontan heilen können.

Alle Tierimpfungen in jeder Form waren bisher ohne Erfolg. Neuerdings scheint Metschnikoff (cf. Referat im vorigen Heft. D. Ref.) die Impfung eines Schimpansen geglückt zu sein, wenigstens zeigte das Tier dieselben Erscheinungen wie der Mensch, was alle bei der Vorstellung anwesenden Syphilidologen bestätigen. Auch der Ursprung der Syphilis bleibt eine offene Streitfrage, jedenfalls besteht sie jetzt so ziemlich auf der ganzen Erde und zeigt trotz aller Hygiene noch keine Neigung, zu verschwinden.

II. **Über den syphilitischen Ursprung der Obliteration der Nase in der frühesten Kindheit**, von Almar Raoult - Nancy. Man bezeichnet gewöhnlich die Obliteration des Nasenkanals als angeboren, während vorliegender Fall zeigt, dafs sich die Beschwerden erst einige Monate nach der Geburt des Kindes zeigten; jedenfalls besteht aber ein Zusammenhang mit hereditärer Lues. Es folgt eine ausführliche Beschreibung eines einschlägigen Falles und die Beschreibung einiger Fälle von anderen Autoren.

Band I, Heft 5.

I. **Über tertiäre Gelenkerkrankungen**, von Alfred Fournier. Man unterscheidet zwei Arten syphilitischer Gelenkerkrankungen: 1. Synovitis articularis und 2. Ostitis articularis. Beide sind bei der Syphilis selten, so dafs Fournier unter 5000 Kranken nur 30 mal diese Erscheinungen fand, welche mit Vorliebe das Kniegelenk betrafen. Die Synovitis zeigt eine starke Infiltration der cellulären und fibrösen Elemente, ähnlich wie die Gummata. Die Affektion beginnt langsam und hat einen langsamen Verlauf, das Gelenk schwillt, es entsteht Flüssigkeit im Gelenk, Schmerzen fehlen, die Funktionen sind wenig gestört, ebenso fehlt jede Störung des Allgemeinbefindens und besonders Fieber. Die Affektion geht entweder unter spezifischer Therapie in Heilung über oder sie wird chronisch; auch kann sie zu Ankylosen oder Vereiterung und Öffnung von Gummata führen. Es fehlen jegliche charakteristische Symptome, und nur die sonstigen Zeichen von Lues und der Einfluſs der Therapie weisen auf den luetischen Zusammenhang hin. — Die zweite Form ist eine Hyperostose der Epiphysen, welche sich aber zuweilen auf einen Teil der Diaphyse ausdehnt und fast immer nur ein einziges Gelenk befällt. Das Gelenk ist geschwollen und disformiert, das Allgemeinbefinden ebenfalls nicht beeinträchtigt. Es kann ebenfalls heilen, chronisch werden, zur Ankylose oder gummösen Ostitis führen, sogar mit Zerstörung der Knochen. Neben diesen beiden Arten gibt es noch Mischformen beider. Neben der Anamnese dient zur Diagnostik die Untersuchung des Gelenkumfanges, das Auftreten nächtlicher Knochenschmerzen, die Schmerzlosigkeit bei der Palpation, die Erhaltung der äufseren Decke, das Fehlen von Drüsen und die geringe Funktionsstörung im Gegensatz zum Gelenk- oder Tripperrheumatismus. Die Behandlung besteht in Einreibungen des Gelenkes mit Quecksilber und Jod, Einwicklung des Gelenkes mit Vigopflaster, Skarifikationen, Massage, Bädern, Anwendung von Wärme, Douchen und Gebrauch von Heilwässern (Aix-les-Bains, Dax usw.). Die Hauptsache bleibt jedenfalls die spezifische Behandlung.

II. **Über Jodkalium und Syphilis**, von Léon Bizard. Während man in England und Deutschland in den fortgeschrittenen Stadien der Syphilis viel mit Jod arbeitet, bediente man sich desselben in Frankreich nur wenig vor der Zeit Ricords. Auch der Verfasser ist der Ansicht, dafs das Jodkalium nur ein Ausnahmemittel bei Syphilis sein soll, welches gegen einige Erscheinungen nützlich ist, dessen Wirkungskreis sich aber täglich verringert. Es ist kein Specificum wie das Quecksilber und

scheint im Gegenteil dessen Wirkung zu neutralisieren. Mercur triumphator, das gilt noch heute allein.

III. **Syphilitische Infektion durch die Neugeborenen in den Gebäranstalten,** von A. Tschistiakoff-St. Petersburg. Eine 31jährige Wäscherin vom Lande infizierte sich im Gebärhaus an der Brustwarze luetisch dadurch, dafs sie nicht nur ihr eigenes, sondern auch noch ein fremdes Kind stillte. Letzteres wurde nicht gleich als syphilitisch erkannt und bewirkte so die Ansteckung, wie es leider oft geschieht. Es ist daher durchaus nötig, dafs in jedem Falle es einer Mutter untersagt wird, fremde Kinder zu stillen, denn oft werden Kinder geboren, die anfangs keine Zeichen hereditärer Lues zeigen und doch latent syphilitisch sind. Durch dieses Verbot würde sich viel Unheil vermeiden lassen.

Band I, Heft 6.

Über Jodöl, von L. Lafay. (Fortsetzung.) Das neunte Kapitel betrifft die physiologischen und klinischen Eigenschaften des Jodöl im Vergleich zu den anderen Jodpräparaten. Früher wurde das Jod nur als ein Mittel gegen Geschwülste, als Blutreinigungsmittel usw. benutzt, jetzt kennt man seinen Einfluſs aufs Blut, Leukocyten, Lunge, Lymphgefäfse und lymphatisches Bindegewebe, es wird im Blut nicht nur gelöst, sondern es wird vom Protoplasma der Leukocyten aufgenommen, es erregt die lymphoiden Funktionen und hat eine starke kongestive Wirkung auf die Lungen; es ist ein auf die Lymphwege heilend einwirkendes Mittel. Während der Injektionen bessert sich das Allgemeinbefinden, der Appetit und das Körpergewicht nehmen zu, eventuelle Hautläsionen heilen. Die Hauptvorzüge der Jodöle bestehen darin, dafs jegliche Erscheinungen von Jodismus fehlen, dafs man es sehr lange anwenden kann, ohne zu schaden, dafs seine Anwendungsweise leicht und schmerzlos ist, leicht vom Magen und Darm vertragen wird, stärker wirkt als andere Jodmittel, dabei aber eine kurze Behandlungsdauer verlangt, dafs alles Jod verbraucht wird, und es auf den Gesamtorganismus und die Drüsen höchst günstig wirkt. Auch als diagnostisches Mittel ist das Lipiodol brauchbar. Man kann ihm andere Mittel, wie Kampfer, Eukalyptus, Guajakol, Menthol usw. einverleiben, auch verträgt es eine gleichzeitige Behandlung des Luetischen mit Merkur, ohne dessen Wirkung zu paralysieren. Auch mit Phosphor kombiniert ist es bei Ataxie, Rhachitis usw. sehr brauchbar und per os leicht in Kaffee, Tee usw. zu nehmen.

Die Zusammensetzung des Lipiodol mufs sorgfältig und genau sein, wenn die Wirkung eine günstige sein soll es mufs 40% Jod enthalten und keine Beimischung von Chlor, denn die Präparate mit Chlor sind weniger brauchbar, sie sind chemisch unreiner, nicht so genau dosiert, werden vom Körper schlechter vertragen und haben weniger Heilwert.

Die Hauptindikationen in der Therapie für die Jodöle sind folgende. Im allgemeinen wirken sie antistrumös, antiseptisch und antitoxisch; auch nach einer Injektion von Diphtherieserum erwiesen sich Injektionen von Lipiodol, längere Zeit gegeben, als äufserst günstig. Im Speziellen ist das Lipiodol angezeigt in Form von Injektionen: 1. bei Geschwürstumoren und sonstigen undiagnostizierbaren Krankheiten; 2. bei Kranken, von denen man nicht weifs, ob sie das ihnen verordnete Jod nehmen; 3. um lokale Einwirkungen zu erhalten (Gelenke, Rheumatismus); 4. bei Gelenk- und Herzaffektionen; 5. bei Fällen, wo durch Applikation anderer Jodmittel Jodismus entstanden ist; 6. und schliefslich natürlich in allen Fällen, wo Jod am Platze ist.

Jedenfalls sind die Resultate besser als bei jedem anderen Jodpräparat. (Fortsetzung folgt.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten.

1903. Heft 7.

1. **Ein Fall von Syringomyelie,** von P. Frolow. Kasuistischer Beitrag ohne hervorragendes Interesse.

2. **Beobachtungen über die Häufigkeit der tertiären Syphilisformen bei der ambulanten Behandlung der Landbevölkerung,** von N. Dolgopolow. 55 Beobachtungen, aus denen Verfasser folgert, dafs der Übergang der kondylomatösen in die gummöse Form bei der ambulanten Behandlung in ca. 8—9% eintritt. Die Zahlen sind wegen der kurzen Beobachtungsdauer ziemlich wertlos.

1903. Heft 8.

1. **Von den Erkrankungen der selbständigen Talgdrüsen,** von J. Selenew. (Schlufs.) (Mit 4 Tafeln.) Als solche bezeichnet der Verfasser die Stiedaschen Talgdrüsen der Lippenwinkel, der Buccalschleimhaut, der Naseneingangsschleimhaut, der Analgegend, der Glans, der kleinen Labien, der Clitoris und der Mamillae, aber auch ferner Drüsenbildungen der Lidränder usw. Sie geben sich als vereinzelte oder mosaikartig gruppierte gelbe, etwas erhabene Körner in der Schleimhaut zu erkennen. Pathologische Anomalien dieser Drüsen unterscheidet der Verfasser als 1. Cysten; 2. Seborrhoea oleosa (labiorum) mit bernsteinfarbenen Krüstchen; 3. Seborrhoea exfoliativa mit starker Borken- und Schuppen-, bezw. Rhagadenbildung der Lippen, die manchmal als ekzematös angesehen wird; 4. Erosionen, besonders an den weiblichen Genitalien, die eine entfernte Ähnlichkeit mit syphilitischen Erosionen zeigen; 5. Folliculitis und Perifolliculitis mit Pustelbildung; Makrocheilie infolge chronischer Folliculitis. — Im Anschlufs daran beschreibt der Verfasser ausführlich klinisch und histologisch einen Fall von „Cheilitis et adenitis vesico-crustosa pigmentosa". — Er hält auch für wahrscheinlich, dafs lupöse und carcinomatöse Veränderungen der besagten Gegenden von den selbständigen Talgdrüsen ihren Ausgang nehmen.

2. **Zur Kasuistik der kryptogenen Syphilis,** von S. Jakowlew. Drei Fälle von Syphilis d'emblée bei Männern, wo trotz genauester Untersuchung ein Primäraffekt nicht gefunden werden konnte.

3. **Über die Widerstandskraft der Erythrocyten bei Syphilis,** von S. Jakuschewitsch. Der Grad der Widerstandsfähigkeit wurde nach Janowskis Methoden bestimmt. Das Wesen desselben besteht darin, eine solche Konzentration einer Lösung von ClNa im dertillierten Wasser herzustellen, in dem ein gewisser Teil der Erythrocyten zugrunde geht. Das destillierte Wasser allein löst die Erythrocyten auf, die Salzlösung konserviert sie. Die „Konzentration der Mischung oder der sog. hypotonischen Lösung ist für die Bestimmung mafsgebend". Verfasser hat gefunden, dafs mit der Erhöhung der Toxizität des syphilitischen Virus, je nach den Krankheitsphasen, die Widerstandskraft der Erythrocyten auch wächst. Sie sinkt wieder parallel nach dem Erfolg der antisyphilitischen Behandlung.

4. **Spermatocystitis als Komplikation der Blennorrhoe,** von J. Lurjé. Vier eigene Beobachtungen mit Berücksichtigung der Literatur.

1903. Heft 9.

Zur Frage der Glykogendegeneration, von K. Winogradow. Verfasser bemerkte, dafs gerade in den Epithelialelementen der Harnwege, wie sie bei Blennorrhoe und Cystitis massenhaft im Urin usw. vorkommen, die meisten Glykogenmengen gefunden werden, die die charakteristischen Reaktionen zeigen. Auch bei Leukocyten hält er Glykogenkörner für wahrscheinlich (sind schon sicher nachgewiesen. Ref.). Auffallend ist die Verminderung und das Fehlen dieser glykogenhaltigen Epithelzellen bei Diabetikern. Diese Tatsache ist jedenfalls neu und diagnostisch vielleicht nicht unwichtig.

Sack-Heidelberg.

Bücherbesprechungen.

Über die Prognose der Syphilis. Vier Vorlesungen, gehalten in den ärztlichen Fortbildungskursen zu Aachen 1902—1903, von G. Mayer-Aachen. (Berlin 1904, S. Karger.) Nahe an 5000 Syphilisfälle hat M. in 32jähriger, badeärztlicher Praxis behandelt, und dieses grofse Material hat ihm Gelegenheit gegeben, sich auf Grund eigener Beobachtungen ein Urteil über die Prognose der Syphilis im allgemeinen und ihrer hauptsächlichen Lokalisationen im besonderen zu bilden. Dafs er dieses Urteil nicht nur einem kleinen Kreise von Ärzten in Aachen, sondern nunmehr auch der ärztlichen Öffentlichkeit zugänglich gemacht hat, ist sehr dankenswert. Das kleine Werk, dafs auf jeder Seite von den ungewöhnlich reichen Erfahrungen des Verfassers zeugt, beleuchtet die Prognose der Syphilis sehr klar und detailliert, aber auch sehr nüchtern und kritisch; es bietet dem Leser eine Fülle von Belehrungen.

Götz-München.

Verhütung der Harninfektion, von B. Goldberg. (Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1904.) Der Gedanke, die Asepsis und Antisepsis bei der Behandlung von Harnkrankheiten in einem besonderen Werke darzulegen, ist bei den mannigfachen Besonderheiten, die die Urologie gegenüber der allgemeinen Chirurgie aufweist, und bei der kolossalen Bedeutung, die die Asepsis auch bei dem einfachsten urologischen Eingriff spielt, als ein äufserst glücklicher zu bezeichnen. Ebenso glücklich wie dieser Gedanke ist auch die Durchführung, wie sie uns in dem G.schen Buche vorliegt, das von G. selbst als der erste derartige Versuch gekennzeichnet wird.

In einem einleitenden Kapitel teilt G. über das Wesen der Harninfektion seine eigenen Untersuchungen über die Bakterienformen des Urins mit, deren wichtigste Ergebnisse in Übereinstimmung mit früheren Forschern dahin zusammenzufassen sind, dafs es keine, weder für die Krankheit (mit Ausnahme der Tbr.), noch für das Organ, spezifischen Erreger giebt, und dafs keine sporenbildenden Organismen gefunden werden, so dafs die sicherste Vernichtung der die Asepsis gefährdenden Spaltpilze in der Erhitzung des Instrumentariums auf 100° zu sehen ist. Im Anschlufs daran werden die einzelnen Infektionsmöglichkeiten besprochen, unter denen die durch Instrumente hervorgerufene die wichtigste Rolle einnimmt.

Das eigentliche Thema wird sodann in zwei Hauptabteilungen abgehandelt, in einem ersten allgemeinen, worin systematisch alle verschiedenen Sterilisationsarten nacheinander aufgezählt werden, und in einem zweiten speziellen, wo dieselben Eingriffe zusammengefafst nochmals den verschiedenen Indikationen und Krankheiten nach besprochen werden. Im ersten Teil wird zuerst die Sterilisation des Operationsfeldes besprochen; darauf folgt die Desinfektion der Harnröhre, die mittels Spülungen mit Borsäure zu geschehen hat, und denen G. nach eigenen Untersuchungen eine wesentliche Bedeutung für das Sterilbleiben unserer Eingriffe beilegt. Nach einer kurzen Anweisung über die Desinfektion des Operateurs wird dann in einem sehr ausführlichen Kapitel die Sterilisation aller einzelnen in der Urologie gebräuchlichen Instrumente durchgegangen; demselben geht die Schilderung des Operationsraumes, wie G. denselben benutzt, voraus. Als Hauptmittel der Desinfektion wird die Sterilisierung im kochenden Wasser allen anderen vorangestellt, die für metallene, gläserne und Kautschuk-Instrumente ohne weiteres anwendbar ist, und die G. auch bei elastischen Instrumenten für brauchbar hält, wenigstens bei guten Marken, wie Rüsch,

Poseus usw. Chemische Desinfektion ist nach G. weder für die Organe ungefährlich, noch in ihrer Wirkung zuverlässig, ist daher auf die nicht auskochbaren, filiformen und mit Metallgewinde versehenen Bougies zu beschränken. Nach alledem hält G. den Zusatz von Kochsalz oder Ammon. sulfur. zum Wasser für unnötig. Anstatt der Kochmethode wird auch die Methode der Sterilisierung im strömenden Wasserdampf für zulässig, wenn auch weniger praktisch angeführt. In einem besonderen Abschnitt werden die Methoden der sterilen Aufbewahrung der Katheter beschrieben. Eine wesentliche Schwierigkeit entsteht bei der Keimfreimachung der Injektoren. Allenfalls sind die Irrigatoren zu benutzen, keinesfalls die sog. Druckbirnen. Am besten eignen sich die Spritzen, und zwar Metall-, Hartgummi-, Glasspritzen und vor allem die Guyonsche Metall-Glasspritze, die alle chemisch durch Karbol zu desinfizieren sind, in welcher Lösung sie bis zum Gebrauch aufbewahrt werden. Das nächste Kapitel handelt von der Asepsis der Injektion; aufser Glycerin und Öl, dessen Kochen im Reagenzglas beim jedesmaligen Gebrauch empfohlen wird, wird auch der Guyonschen Tragacanthpaste gedacht. Die Sterilisierung der verschiedenen chemischen Heilmittel beschliefst dies Kapitel.

Während alle bisher besprochenen Mafsregeln bei jedem Eingriff zwingend befolgt werden müssen, gibt es noch eine Reihe weiterer Verordnungen, die nur dann in Betracht kommen, wenn die Asepsis des Eingriffs nicht zu garantieren war, was bedingt durch die Eigenheit der Spezialität öfter vorkommt. Hierunter werden die intravesikalen Desinfektionen mit Argentum nitricum $^1/_{1000}$ empfohlen, ferner innere Darreichung von Urotropin, Chinin und Salol.

Im zweiten Hauptteile werden die einzelnen therapeutischen Eingriffe, wie sie in der Praxis vorkommen, aufgezählt; es wird dabei auf die verschiedenen, im vorigen Abschnitt systematisch aufgezählten Sterilisationsarten verwiesen, und zugleich werden die bei jedem Eingriff notwendigen Utensilien und Handgriffe kurz aufgezählt. So werden nacheinander Spülungen der vorderen und hinteren Harnröhre, Katheterismus, Dilatationen der Harnröhre behandelt. Eingehend wird der Verweil- und der Laienkatheterismus besprochen. Bei der Cystoskopie spricht sich G. für chemische, nicht thermische Sterilisation des Instruments aus. Zu besonderer Vorsicht mahnt G. beim Ureterenkatheterismus, um eine Infektion zu verhüten, die hierbei natürlich noch leichter als bei der Blase sich ereignen kann. Es folgen dann einige kurze Bemerkungen zur operativen Tätigkeit des Urologen, nämlich zur Lithotripsie, Intraurotrotomie u. a. Eine besondere Besprechung der instrumentellen Mafsnahmen bei einzelnen, vorwiegend zu Infektion neigenden Krankheiten, wie Blennorrhoe, Tuberkulose, Prostatahypertrophie usw., beschliefsen das für Urologen wie Praktiker gleich wertvolle Buch.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Blennorrhoische Polyarthritis, Endokarditis und Septikämie, von Sivestrini. (*Riv. critica di Clinica med.* 1903. Nr. 25—27.) Es handelt sich um einen 29jährigen Burschen, in dessen Familie ein Fall von Tuberkulose vorgekommen war, und welcher vor 19 Jahren an einer fieberhaften Krankheit von drei Monaten Dauer mit Diarrhoe, Leibschmerzen und pleuritischem Exsudat gelitten hatte. Aufserdem hatte er mehrere

Blennorrhoen und Ulcera venera durchgemacht. Die letzte blennorrhoische Infektion komplizierte sich mit einem typhösen Zustande, gefolgt von Endo- und Perikarditis, Polyarthritis, Tendosynovitis, einer erythematösen und purpuraähnlichen Eruption, besonders in der Umgebung der Gelenke. Der Verlauf der ganzen Krankheit erstreckte sich über ca. zwei Jahre und endigte in vollständiger Heilung ohne Ankylose der befallenen Gelenke. Im Blute und im Kniegelenkexsudate wurde der Gonococcus allein und ohne Vermischung mit anderen Mikroorganismen nachgewiesen.

C. Müller-Genf.

Arthritis cricoarytaenoidea rheumatica et blennorrhoica, von Egmont-Baumgarten. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 42.) Neben der eingehend besprochenen Entzündung des Cricoarytaenoidgelenkes auf rheumatischer Grundlage gibt es auch solche, die durch Blennorrhoe hervorgerufen werden. Ein Mediziner bekommt während einer Blennorrhoe zuerst im Kehlkopf, dann in einem Kniegelenk eine Arthritis. Die Erscheinungen seitens des Kehlkopfes sind Heiserkeit, Schmerzen beim Sprechen, mehr oder minder starke Schlingbeschwerden; die Spiegeluntersuchung ergibt Schwellung der hinteren Kehlkopfwand, besonders an der Basis des Aryknorpels. Eine behinderte Beweglichkeit des Gelenkes kann längere Zeit zurückbleiben und dadurch eine Behinderung der Stimmbänder, wie man sie bei der Postikuslähmung findet, verursachen. Verfasser ist geneigt, anzunehmen, dafs in einem von Lazarus mitgeteilten Falle von blennorrhoischer Postikuslähmung es sich um eine Arthritis cricoarytaenoidea gehandelt hat.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Knochenveränderungen bei blennorrhoischer Arthritis und akute Knochenatrophie überhaupt (mit Röntgenuntersuchungen), von Robert Kienbrock. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 3.) Radiographisch sah Verfasser bei akuter blennorrhoischer Arthritis eine verschwommene Schattenaufhellung, die durch Kalkmangel, zu intensive Resorption von Kalksalzen, zu erklären ist. Die Resorption geht von den Gelenkoberflächen aus. Im ersten Falle konnte man zwölf Wochen nach Beginn des Leidens schon sicher die Diagnose auf Schwund der Knochenüberzüge und auf kommende knöcherne Ankylose stellen. Auffallend war, dafs neben der Affektion des Handgelenks auch leichte Atrophie der Fufsgelenke erkennbar war. Im zweiten Falle war nach Jahren eine nur unbedeutende Atrophie der affiziert gewesenen Handgelenksknochen zu erkennen; Verfasser sieht darin eine funktionelle Anpassung der Spongiosastruktur an neue Verhältnisse, da die Hand methodisch gebraucht und gekräftigt war. Das Handgelenk eines dritten Falles wies so unbedeutende Veränderungen auf, dafs eine Restitutio ad integrum vorausgesagt werden konnte.

Nicht bei allen Gelenken ist die radiographische Feststellung gleich schwer; Ellbogen- und Hüftgelenk sind nicht so scharf zu beobachten. An der Pfanne waren bedeutende Veränderungen zu konstatieren: Vertiefung der Incisura semilunaris ulnae, Pfannenwanderung.

Die bei schwerer Arthritis blennorrhoica sich abspielenden Knochenveränderungen sind gleich denjenigen bei der „akuten Knochenatrophie“, welche Verfasser eingehend erörtert. Diese kommt bei Verletzungen und Entzündungen an den Extremitäten vor, seltener bei Tumoren, bei Erkrankungen des Nervensystems. Die akute Knochenatrophie ist eine trophische Anomalie wie die Muskelatrophie. Sie läfst sich radiographisch schon früh feststellen. Kalkarmut ist das wichtigste Charakteristikum der rarefizierten Knochen. Die weiteren Ausführungen wiederzugeben, würde zu weit führen. Hier ist es nur von Interesse, festzustellen, dafs die schwereren Veränderungen bei blennorrhoischer Arthritis nach dem Verfasser sich in Gestalt trophischer Anomalien an den Knochenenden abspielen, die mit Vorgängen in den Nerven in Verbindung gebracht werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Störungen von seiten des zentralen Nervensystems nach Blennorrhoe, von E. F. Sanz. (*Revisto Ibero-Americana de Ciencias med.* Sept. 1903.) Ein 27jähriger Mann akquirierte eine Blennorrhoe, welche in den chronischen Zustand überging und sich zunächst mit Schmerzen in beiden Beinen komplizierte. Die Schmerzhaftigkeit nahm dann nach einiger Zeit etwas ab, ohne jedoch vollständig zu verschwinden. Nachdem sich der Patient in Cuba eine Malariainfektion zugezogen hatte, nahmen die Schmerzen wieder zu, und es gesellten sich zu denselben paraplegische Erscheinungen der unteren Extremitäten; der Urethralausfluſs hatte ebenfalls an Intensität wieder zugenommen. Die Diagnose lautete: Schmerzhafte plasmodische Paraplegie, verursacht durch blennorrhoische chronische Meningo-Myelitis. Es bestand Muskelatrophie ohne Entartungsreaktion und erhöhte Sehnenreflexe. Über den Ausgang des Falles wird nichts mitgeteilt. *C. Müller-Genf.*

Muskelerkrankung infolge von blennorrhoischer Infektion, von Fr. Samberger. (*Wiener med. Wochenschr.* 1903. Nr. 38.) Im Verlaufe der Blennorrhoe kommen zwei Arten von Muskelerkrankungen vor: symptomatische und idiopathische. Zu den symptomatischen zählen die Muskelaffektionen, die sekundär als Folge von blennorrhoischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, der peripheren Nerven, der Gelenke auftreten. Interessanter sind die idiopathischen Muskelerkrankungen infolge direkter Ansiedlung der Gonokokken in der Muskelsubstanz. Eine solche, eine Myositis, hat War mitgeteilt: Es entstand unter Fieber während einer Blennorrhoe ein schmerzhafter, intramuskulärer, nuſsgroſser Tumor am Arme; bei der Inzision entleerte sich eitrig-seröse Flüssigkeit, welche Gonokokken enthielt. Auſser der Myositis kommen auch Muskelatrophien ohne Nervenveränderungen vor, gewöhnlich nach vorausgegangener Arthritis, aber nicht in direkter Abhängigkeit von dieser. — Einen eigenartigen Fall teilt Verfasser mit. Bei einer Blennorrhoe entwickelte sich eine Entzündung des rechten Sternoklavikulargelenks. Trotzdem letztere zurückgeht, entsteht an derselben Seite eine Muskelatrophie am Deltoideus, Kukullaris, Sternocleidomastoideus. — Die zur Erklärung dieser Muskelatrophie angegebenen Theorien sind zum groſsen Teil nicht haltbar. Roux nimmt den Druck der innerhalb des Gelenks befindlichen hydropischen Flüssigkeit als Ursache an, Malgaigne Inaktivität, Sabourin glaubt, daſs die Entzündung vom Gelenk auf das Neurilem der terminalen Nervenverzweigungen im Muskel übergreift, Brown-Séquard erklärt die Atrophie durch einen Reflex an den sensibeln Nerven des Gelenks auf die vasomotorischen Nerven. Duchenne-Valpian nehmen an, daſs die Gelenkaffektion in dem entsprechenden Teile des Rückenmarks eine Störung hervorruft, die auf die trophischen Zellen übergreift, wodurch die Muskeln atrophieren; das wäre also auch eine reflektorische Atrophie. Für den vorliegenden Fall kann für den Verfasser nur diese letzte Theorie in Frage kommen. Die Reizung pflanzt sich von dem Gelenke zentripetal fort, der betreffende Rückenmarksabschnitt wird hyperämisch. Die in vermehrter Menge zuflieſsenden Toxine der Gonokokken — so nimmt Verfasser an — rufen dann einen Stupor in den benachbarten trophischen Zellen hervor, der die Muskelatrophie zur Folge hat. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der gewöhnlichen klinischen Form von Blennorrhoe des Weibes, von Oliver Kevin-Philadelphia. (*New York and Philad. med. Journ. cons.* 20. Juni 1903.) K. hebt wohl mit Recht hervor, daſs der Blennorrhoe des Weibes von seiten des praktischen Arztes zu wenig Beachtung geschenkt werde, und gibt hier eine sehr instruktive Übersicht über die so wichtige Behandlung dieses ätiologisch für so viele Frauenerkrankungen unheilvollen Leidens. Im akuten Stadium sollte die Behandlung rein symptomatisch sein: Bettruhe, innerlich Alkalien, keine Einspritzungen wegen Gefahr der Verschleppung, keine Antipyretika. Ist das akute Stadium vorüber,

Injektionen von ca. 15 ccm einer 5—10 %igen Argyrollösung in die Harnröhre, bei infizierter Blase Instillationen einer 2—5 %igen Arg. nitr.-Lösung oder Cup. sulf. oder Ausspülung mit Kalium permangan. (1 : 2000) oder Arg. nitr. (in ebensolcher Konzentration). Sollte die Infektion trotz dieser Behandlung noch bestehen bleiben, so gibt man innerlich Urotropin, Sandelöl oder Copaiva mit lokaler Applikation von Arg. nitr. (mittels Endoskops und nach Erweiterung der Urethra) auf den Blasenhals. Die Blennorrhoe der Cervix, welche meist bei jener der Urethra vorhanden ist, behandelt K. mit Injektionen von 20 %igem Argyrol oder 2—3 %igem Argyrol (wenige Tropfen mit einer entsprechend geformten Spritze), kleine Wattetampons, mit 20%igem Argyrol gesättigt, können gegen die Cervix gelegt werden. Einige Zeit nach dem akuten Stadium pinselt K. die ganze Vaginal- und Cervix-Schleimhaut mit Arg. nitr.-Lösung (1,0—1,5 %ig) aus, und um den katarrhalischen Prozefs zu beseitigen, hält er kein Mittel für wirksamer als eine Mischung von Argyrol (25 %ig), Ichthyol (25 %ig), und Glyzerin (50 %ig): alle 6 bis 12 Stunden ein Tampon, damit getränkt, einzulegen. Wenn diese verschiedenen Mittel fruchtlos geblieben sind, mufs man zur Kürette greifen, wenn auch K. im allgemeinen kein Anhänger der Auskratzung ist, die so leicht Pelveoperitonitis hervorrufe. Schliefslich hebt er hervor, wie wichtig es ist, auf die Bartholinischen Drüsen zu achten, welche kleine Herde darstellen, in welchen die Gonokokken unendlich lange eingenistet bleiben können. Kommt aus diesen Drüschen Eiter, so müssen sie gehörig inzidiert, ausgekratzt und zweimal täglich mit 50 %iger Argyrol-, Karbol- oder starker Arg. nitr.-Lösung ausgewaschen werden (3 bis 4 Tage lang und dann in Intervallen). *Stern-München.*

Eine Vorrichtung für die schnellere Heilung der Blennorrhoe, von J. Mac Munn-London. (*Lancet.* 18. April 1908.) Die Neuerung besteht in der Anwendung einer vom Verfasser konstruierten (und abgebildeten) Klammer, mittels deren die Urethra abgeklemmt wird, um die injizierte Lösung einige Stunden lang in derselben zurückzuhalten. Nachteile sollen bei vorsichtigem Gebrauch des Apparates nicht entstehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der akuten Blennorrhoe Erwachsener, von James F. McCaw-Watertown, N. Y. (*New York and Philad. med. journ.* 26. Sept. 1908.) Verfasser bespricht hier vor allem die Blennorrhoe der Augen und die Gefahren, welche durch Ansteckung mit Harnröhren- und Vaginal-Ausflufs in dieser Beziehung vorhanden sind; es sollte immer noch mehr Nachdruck auf peinlichste Sauberkeit von seiten der Tripperkranken gelegt werden. Bezüglich der Augenblennorrhoe empfiehlt C. bei vorhandenen heftigen Schmerzen Morphium oder Opium, während er vor Kokain bei allen Augenerkrankungen eindringlichst warnt. Bei einfacher Entzündung ist Kälteanwendung (Tag und Nacht 24 bis 36 Stunden lang) angezeigt, im zweiten Stadium (eitriger Ausflufs) fleifsige Reinigung des Auges mit irgend einem milden Antiseptikum (2 %ige Borlösung) und bei Sukkulenz der Konjunktiva zweimal täglich Bepinselung derselben mit 2 %iger Arg. nitr.-Lösung, so lange die eitrige Absonderung anhält und auch bei Übergreifen des Prozesses auf die Hornhaut. In letzterem Falle statt der Kälte heifse Umschläge und dreimal täglich Atropin-Einträufelung; auch allgemein kräftigende Mittel sind bei den oft vorhandenen Schwächezuständen solcher Patienten angezeigt. Weitere Einzelheiten der Ophthalmotherapie können hier füglich unterbleiben. *Stern-München.*

Zur Frage der internen Blennorrhoebehandlung, von Reissner. (*Med. Obosrenje.* 1908. S. 921.) Verfasser spricht über Behandlung des Trippers mit Gonosan und lobt dasselbe bei akuter Urethritis blennorrhoica ant., wie auch bei Übergang derselben auf die posterior. Die Wirkung ist günstiger als nach Sandelöl. Bei der-

artigen Fällen brachte das Präparat nur geringen Nutzen. Verfasser gab es zu neun Kapseln täglich, ohne jede lokale Behandlung. *Arthur Jordan-Moskau.*

Vorschläge zur Vereinfachung der Behandlung der Urethritis blennorrhoica und ihrer Komplikationen in unseren Militärspitälern, von RADEY. (*Der Militärarzt.* 1902. Nr. 19—22.) Verfasser, der österreichischer Stabsarzt ist, empfiehlt dringend die JANETschen Spülungen, von der Hand des Arztes gemacht; als Spülmittel benutzte er Argent. nitric., Acid. boric., Kalium permanganic. Er sah rasches Schwinden des Ausflusses, Vermeidung der Strikturenbildung und aller übrigen Komplikationen; aufserdem ist das Verfahren reinlich und billig. *F. Hahn-Bremen.*

Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe in der Praxis, von A. SCHWENK. (*Klin. Jahrb.* 1903. Nr. 11.) Die Dehnungsmethoden des chronischen Trippers sind zu verwerfen. Es ist keineswegs ausgemacht, dafs die Harnröhreninfiltrate, gegen welche sich die Dehnungen wenden, auch die Ursache der chronischen Ausflüsse sind. Vielmehr sind sie ihre Folgen. In der gesamten Heilkunde gibt es kein Analogon dafür, dafs chronisch infiltrierte Prozesse gedehnt werden. Bei Licht betrachtet sind auch die Heilerfolge der Dehnungsmethoden nach OBERLÄNDER u. a. recht unbefriedigende, daneben aber auch nicht ohne jede Gefahr. Der gleiche Grund ist es auch, wegen dessen SCHWENK die Spüldehner verwirft. Die GUYONschen Instillationen, die DIDAYschen, ZEISSLschen und JANETschen Spülungen treten nach Ansicht des Verfassers immer mehr hinter KUTNERS Druckspülungen zurück. An 30 Krankengeschichten weist der Verfasser die vorzüglichen Erfolge dieser Behandlungsmethode nach. Der vorhandene Ausfluſs, ob tagsüber oder nur morgens beobachtet, verschwindet dabei in jedem Falle. In den Fällen vollzieht sich dabei eine deutliche Umwandlung des Übergewichts an Leukozyten in ein solches an Epithelien.

Hopf-Dresden.

Einige Erfahrungen über Gonosan, von H. LOHNSTEIN-Berlin. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1903. Nr. 33.) L. empfiehlt das Gonosan als internes Unterstützungsmittel bei der Blennorrhoebehandlung, weil es nicht den widerlichen Geschmack und die unangenehmen Nebenwirkungen der anderen Balsamika hat und von den Kranken gern genommen wird. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Wirkung von Gonosan bei Blennorrhoe und Cystitis, von BENNINGHOVEN-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 29.) B. berichtet über seine Versuche mit Gonosan, den er neben lokaler Behandlung an 20 Patienten mit gutem Erfolg machte. Das Mittel wirkt unterstützend und lindert die Schmerzen im akuten Stadium der Blennorrhoe. Komplikationen treten in keinem Falle ein. Verfasser empfiehlt das leider noch etwas teure Präparat aufs wärmste. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Wirkung des Ichthargans bei den blennorrhoischen Erkrankungen des Weibes, von GUSTAV WOYER. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1903. Nr. 8.) Die Urethritis blennorrhoica beim Weibe behandelt Verfasser mit Spülungen mittels einer Ichtharganlösung (1 : 5000—1000) und Bazillen:

Ichthargan	0,005
Ol. Cacao.	5,0
s. bacill. urethr.	Nr. X.

Auch bei Cystitis blennorrhoica wurde Ichthargan zu Spülungen (1 : 10000—8000) oder Instillationen (1 : 1000) gebraucht. Die Vagina wurde gespült; aufserdem wurden Tampons eingelegt, die mit 2—4 %iger Ichtharganlösung getränkt waren. Verfasser ist mit den Resultaten sehr zufrieden. (Referent hat Urethra, Cervix uteri und Vagina bei Blennorrhoe mittels eines starken Ichthargan-Glyzerins (1 : 5) mit gutem Erfolge ohne jede Reizerscheinung gepinselt.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den Gebrauch der Pikrinsäure bei der Behandlung der Uterusblennorrhoe, von A. Szara. (*Riforma med.* 1903. Nr. 25.) Nach den Erfahrungen des Verfassers bei einer Reihe von Patientinnen ist zwar die Pikrinsäure nicht als das ideale Mittel zur Behandlung der blennorrhoischen Metritis zu betrachten, es leistet aber vorzügliche Dienste als Antiphlogistikum, ohne die geringste störende Reaktion auf der Uterusschleimhaut hervorzurufen. Es übt eine bakterizide Wirkung gegen die Gonokokken aus, welche rasch verschwinden, wenn man die Behandlung frühzeitig genug einleitet. Die intrauterinen Pikrinsäureinjektionen wirken nicht kaustisch, wohl aber analgetisch. Das Mittel ist völlig unschädlich, billig und die Lösungen sind leicht herzustellen. Zur Herstellung der letzteren nimmt man 12,0 Pikrinsäure, löst in 1000,0 warmen Wassers, und die überflüssige Säure wird durch Dekantation entfernt. *C. Müller-Genf.*

Über Rheolkugeln, ein neues Hefepräparat zur Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe, von G. Scholem. (*Medico.* 1903. Nr. 35.) Rheolkugeln sind mit einem guten Hefepräparat hergestellte Kugeln, die bei der Blennorrhoe des Weibes von Nutzen sind. Vor dem Schlafengehen wird nach einer Sodaspülung die Kugel hoch in die Vagina heraufgeführt. Morgens wird nur mit Sodawasser gespült. Der Ausfluſs läſst sehr schnell nach. Erosionen der Portio heilten in wenigen Tagen. — Die Urethritis muſs besonders behandelt werden. Für den Cervix uteri werden Rheolstäbchen hergestellt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Urosanolbehandlung der Blennorrhoe, von P. Scharff-Stettin. (*Therap. Monatsh.* Juli 1903.) Das Urosanolpräparat wird von der „Viro"-Gesellschaft in Berlin fabriziert. Man erhält in einem Karton drei Glasröhrchen, welche mit einer bei Körpertemperatur schmelzenden Gelatinemasse von 1,3 oder 5 %igem Protargolgehalt gefüllt sind. Ein mit Teilstrichen versehener Stengel erlaubt es, von dem Inhalte eines Röhrchens jedesmal $2^1/_2$ ccm, wie vorgeschrieben, nach Art der Spritzenhandhabung in die Harnröhre zu befördern. Mit diesem Präparat hatte Sch. bei einer gröſseren Reihe von Patienten mit Urethritis blennorrh. anter. recht gute Erfolge, besser als er sie mit sonstigen wässerigen Argentumpräparaten, besonders auch mit wässerigen Protargollösungen, erzielt hatte. Die Hälfte der Fälle heilte in 7 bis 14 Tagen, kein Fall dauerte länger als 5 Wochen. Es empfiehlt sich, in denjenigen Fällen, in welchen die Entzündungserscheinungen gering sind, und der Patient kurz nach der Infektion in die Behandlung tritt, ohne Zögern mit dem 3 oder 5 %igen Präparat sofort zu beginnen. Bei heftiger Entzündung muſs man zuerst durch Kühlungen und interne Medikation die schmerzhaften Symptome vor der Behandlung entfernen. Sch. betrachtet dieses neue Verfahren als eine entschiedene Bereicherung der Wissenschaft. (Der Referent hatte bisher nur wenig Gelegenheit, das Urosanol anzuwenden, muſs aber ebenfalls bekennen, daſs er es bei weitem den wässerigen Protargollösungen, mit denen er nicht mehr Erfolg, als mit anderen Mitteln hatte, vorzieht. Jedoch ist die Zahl meiner Fälle zu klein, um ein entschlieſsendes Urteil zu fällen. Bisher versagte es noch nicht und führte schneller zum Verschwinden der Gonokokken und der Eiterung als andere Medikamente. Der Referent.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Verschiedenes.

V. Internationaler Dermatologen-Kongrefs. Berlin 12.—17. Sept. 1904. Einladung. Der V. Internationale Dermatologen-Kongrefs findet laut Beschlufs des IV. Internationalen Kongresses von Paris in den Tagen vom 12.—17. Sept. 1904 zu Berlin statt.

Die Unterzeichneten erlauben sich hierdurch, im Namen des deutschen Organisations-Komitees zur Teilnahme an den Verhandlungen des Kongresses einzuladen.

Die Liste der Funktionäre, sowie die vom Organisations-Komitee aufgestellten vier Themata, für welche eine Anzahl hervorragendster Forscher das Referat übernommen haben, teilen wir untenstehend mit.

Anmeldungen von Vorträgen oder Demonstrationen sind spätestens bis zum 1. Juli 1904 an den mitunterzeichneten Generalsekretär gelangen zu lassen. Da nur vier offizielle Themata aufgestellt sind, kann den Vorträgen und Demonstrationen ein gröfserer Zeitraum gewidmet werden, als dies auf früheren Kongressen möglich war. Ein kurzer Auszug des angemeldeten Vortrags, am besten in Thesenform, ist bis zum 1. Juli 1904 einzusenden, damit derselbe dem definitiven Programm beigefügt werden kann.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 20 Mark (= 25 Frcs. = 1 Lstrl.) und ist an den Generalsekretär oder an den Sekretär Ihres Landes zu entrichten.

Gleichzeitig mit dem Kongrefs findet eine Ausstellung statt.

In der Hoffnung auf einen unserer Wissenschaft fruchtbringenden und die internationalen kollegialen Beziehungen fördernden und anregenden Verlauf des Kongresses zeichnen wir mit vorzüglicher Hochachtung Ihre ergebenen

E. Lesser, Präsident. O. Rosenthal, Generalsekretär.

Themata:

1. Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien.
2. Syphilitische Erkrankungen der Zirkulationsorgane.
3. Die Epitheliome und ihre Behandlung.
4. a) Stand der Verbreitung und der Bekämpfung der Lepra seit der ersten Leprakonferenz im Jahre 1897.
   b) Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Lepra anaesthetica.

Ehrenpräsident: Prof. Dr. E. Besnier, Paris. Präsident: Prof. Dr. E. Lesser, Berlin. Generalsekretär: Sanitätsrat Dr. O. Rosenthal, Berlin.

Organisations-Komitee:

Dr. E. Arning, Hamburg. Prof. Dr. H. R. Barlow, München. Prof. Dr. S. Bettmann, Heidelberg. Dr. A. Blaschko, Berlin. Prof. Dr. G. Behrend, Berlin. Priv.-Doz. Dr. K. Bruhns, Berlin. Priv.-Doz. Dr. A. Buschke, Berlin. Prof. Dr. Caspary, Königsberg. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. J. Doutrelepont, Bonn. Dr. E. Delbanco, Hamburg. Prof. Dr. v. Düring, Kiel. Sanitätsrat Dr. J. Eichhoff, Oberarzt, Elberfeld. Priv.-Doz. Dr. L. Friedheim, Leipzig. Priv.-Doz. Dr. K. E. Grouven, Bonn. Dr. F. Hammer, Stuttgart. Primärarzt Dr. J. Habttung, Breslau. Priv.-Doz. Dr. J. Heller, Charlottenburg. Oberarzt Dr. K. Herxheimer, Frankfurt a. M. Prof. Dr. E. Jacobi, Freiburg. Dr. M. Joseph, Berlin. Prof. Dr. A. Kollmann, Leipzig. Prof. Dr. E. Kromayer, Halle. Prof. Dr. O. Lassar, Berlin. Dr. R. Ledermann, Berlin. Geh.

Med.-Rat Prof. Dr. A. Neisser, Breslau. Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Dr. E. Saalfeld, Berlin. Prof. Dr. O. Seifert, Würzburg. Priv.-Doz. Dr. J. Schäffer, Breslau. Dr. P. Tarnier, Bremen. Dr. K. Touton, Wiesbaden. Dr. P. G. Unna, Hamburg. Geh. Hofrat Dr. Th. Veiel, Cannstatt. Prof. Dr. A. Wolff, Strafsburg. Prof. Dr. M. Wolters, Rostock.

Lokal-Komitee:

Dr. A. Blaschko. Prof. Dr. G. Behrend. Priv.-Doz. Dr. K. Bruhns. Priv.-Doz. Dr. A. Buschke. Dr. E. Gebert. Priv.-Doz. Dr. J. Heller. Dr. M. Joseph. Dr. H. Isaac. Dr. R. Isaac. Prof. Dr. O. Lassar. Dr. R. Ledermann. Dr. O. Mankiewicz. San.-Rat Dr. F. J. Palm. Dr. F. Pinkus. Dr. P. Richter. Dr. E. Saalfeld. Dr. W. Wechselmann.

Auswärtige Sekretäre:

Amerika: James Nevins Hyde, M. D., Chicago. Argentinien: Dr. Baldomero Sommer, Buenos Ayres. Australien: Dr. Finch Noyes, Melbourne. Belgien: Prof. Dr. Bayet, Brüssel. Brasilien: Prof. Dr. Joan Pizzaro Gabizo, Rio de Janeiro. Chili: Dr. Alberto Valdès-Morel, Santiago. Dänemark: Dr. E. Pontoppidan, Kopenhagen. England: Arthur Whitfield, London. Frankreich: Dr. Georges Thibierge, Paris. Holland: Dr. Mendes da Costa, Amsterdam. Japan: Prof. Dr. Dohi, Tokio. Italien: Prof. Tommasoli, Palermo. Norwegen: Dr. Rud. Krefting, Christiania. Österreich: Prof. Dr. E. Finger, Wien. Portugal: Dr. Zeferino Falcão, Lissabon. Rumänien: Prof. Dr. Petrini de Galatz, Bukarest. Rufsland: Priv.-Doz. Dr. A. Lanz, Moskau. Schweden: Priv.-Doz. Dr. Magnus Möller, Stockholm. Schweiz: Prof. Oltramare, Genf. Spanien: Dr. A. Pardo Regidor, Madrid. Türkei: Prof. Zambaco Pascha, Konstantinopel. Ungarn: Prof. Dr. Hávas, Budapest.

Dr. Unnas Frühjahrskurse über sämtliche Zweige der Dermatologie.

Wöchentlich 31 Stunden. Dauer vom 7.—28. März 1904.

Vorlesungen:

Dr. Bargum: Normale Histologie der Haut. 2 Stunden.
„ Delbanco: Pathol.-histolog. Demonstrationen der Haut. 2 Stunden.
„ Dreuw: Photographie, stereoskopische Mikrophotographie. 4 Stunden.
„ Herz: Bakteriologie. 2 Stunden.
„ Krause: Technik der Unnaschen Färbemethoden. Übungen im Färben. 6 Stunden.
„ Leistikow: Spezielle Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 2 Stunden.
„ Lewi: Dermato-pharmazeutische Präparate. 2 Stunden.
„ Pappenheim: Theorie der Färbung. 2 Stunden.
„ Plaut: Dermatomykosen. 2 Stunden.
„ Unna: 1. Einführung in die Theorie der Färbetechnik. 1 Stunde.
2. Poliklinik der Hautkrankheiten. 2 Stunden.
3. Allgemeine Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 2 Stunden.
„ Wulf: Urologie. 2 Stunden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 38. No. 5. 1. März 1904.

Aus der dermatologischen Klinik der Universität in Krakau (Prof. Reiss).

Über idiopathische multiple Hautsarkomatose.

Von

Dr. Franz v. Krzysztalowicz,
Privatdozent in Krakau.

Mit zwei Farbentafeln.

Die multiplen Hautsarkome stellen vom klinischen Standpunkte aus keine einheitliche Krankheit vor, sondern vielmehr eine Krankheitsgruppe. Diejenigen Autoren (Pellagatti, de Amicis, Unna, Perrin u. a.), welche eine Anzahl von Fällen veröffentlicht haben, behaupten, dafs es mehrere Sarkomarten gebe — und zwar stützt sich ihre Behauptung hauptsächlich auf die klinischen Erscheinungen, denn histologische Untersuchungen wurden nicht in allen Fällen durchgeführt. Die meisten sind darin einig, dafs nur der Kaposische Typus (Sarcoma cutis multiplex idiopathicum [pigmentosum] haemorrhagicum), ein im Jahre 1870 in die Literatur eingeführter Krankheitstypus, besser bekannt und näher beschrieben ist. Seitdem ist die Kasuistik dieser Krankheit stark gewachsen, so dafs diese Sarkomart füglich als selbständige Krankheit aufgefafst werden darf, während die anderen Fälle von Sarkombildung untereinander so verschieden sind, dafs sie nicht in eine einheitliche Gruppe zusammengefafst werden können. Jeder Autor, der einen einzelnen Fall beschrieben, glaubte einen besonderen Typus schaffen zu müssen; damit mufsten nun diejenigen rechnen, welche die bekannt gewordenen Fälle systematisch einteilen wollten. So kam es denn, dafs die Klassifizierungen der idiopathischen Hautsarkome — mit Ausnahme des Kaposischen Typus, der solitären Sarkome und der Melanosarkome — auf die verschiedensten Grundlagen gestützt sind, und deshalb auch bis nun keine von denselben allgemeine Anerkennung finden konnte.

Der von mir in der Klinik des Prof. Reiss beobachtete Fall unterschied sich vom Kaposischen Typus sowohl durch seinen klinischen Verlauf, als auch — wie ich das im weiteren zeigen werde — durch seinen

anatomischen Bau, und mufs ich denselben daher denjenigen multiplen Hautsarkomen zuzählen, welche in der Dermatologie noch keine klare Stellung haben.

M. C., Landwirt, 52 Jahre alt, Eltern sollen an Altersschwäche in hohem Alter gestorben sein. Patient gibt an, blofs einen Abdominaltyphus und eine Lungenentzündung durchgemacht zu haben, sonst immer gesund gewesen zu sein. Vor zwei Jahren soll bei ihm nach einem Trauma Schmerz in der rechten Schulterblattgegend aufgetreten sein. Bald darauf bemerkte er auf der Haut unterhalb des unteren Schulterblattwinkels derselben Seite ein Knötchen, welches leicht blutete. Schon zwei Monate später trat in der Umgebung dieses Knötchens Rötung der Haut auf, es bildeten sich frische Knötchen, während das erste bedeutend an Gröfse zunahm.

Bei der ersten Untersuchung in der Klinik zeigt sich auf der rechten Seite des Brustkorbes ein geröteter Hautstreifen, der fast von der Wirbelsäule bis zur Brustwarze läuft. Unterhalb des rechten Schulterblattwinkels befindet sich ein Knoten von Wallnufsgröfse, bläulich-roter Farbe, unebener, geschwüriger Oberfläche. Auf Druck kommt eine hämorrhagische Flüssigkeit heraus. Um diesen Knoten herum, wie auf dem erwähnten Hautstreifen eine Anzahl bedeutend kleinerer Knötchen, die einen von Erbsen- oder Bohnengröfse ragen ein wenig auf der Haut empor, die anderen liegen tief in der Haut und imponieren nur als rote Flecken; zuletzt solche, die mit dem blofsen Auge gar nicht wahrgenommen, sondern nur mit dem Finger gefühlt werden können. Alle fühlen sich hart, sogar knorpelartig an und sind mit der Haut verschieblich. Subjektiv hat Patient in dieser Hautgegend eine Empfindung von Schmerz, Spannung und lästiges Brennen. Die Untersuchung der inneren Organe ergab nichts Besonderes; auffallend ist nur die Blässe der Schleimhäute und der Haut.

Auf Grund dieser Erscheinungen wurde diagnostiziert; Sarcomatosis cutis multiplex. Es wurden Einspritzungen von Arsenik (Natr. arsenic. 0,01—0,03 pro die) 16 Tage lang und dann — wegen der Schmerzhaftigkeit der Einspritzungen — asiatische Pillen einige Wochen verordnet. Als dieses Verfahren sich erfolglos zeigte und die Zahl der Knötchen in dieser Zeit sogar zunahm, wurde der von den Knötchen eingenommene Hautteil exzidiert, die Wunde wurde zugenäht, gelangte schnell per primam zur Heilung, und Patient wurde entlassen.

Zwei Monate später meldete sich Patient wieder mit frischen Knötchen in der Umgebung der Narbe. Diesmal stellte sich nach energischer Anwendung von Arsenik in Pillenform eine Besserung ein, so dafs Patient nach sechs Wochen auf eigenes Verlangen noch einmal entlassen wurde.

Nach Ablauf eines halben Jahres kam Patient wieder, aber diesmal in einem viel schlimmeren Zustande. Auf der rechten Brustkorbseite war die Haut vom Brustbein bis zur Wirbelsäule auf Handbreite leicht gerötet, stark gespannt; auf dieser Hautpartie safsen zahlreiche Knötchen, von denen einige von Erbsengröfse über die Haut hervorragten, andere sich nur durch die Haut fühlen liefsen. Ein gröfseres Knötchen an der Stelle der alten Narbe ist an der Oberfläche geschwürig, die anderen sind mit normaler, mehr oder weniger geröteter Haut bedeckt. — Die Achseldrüsen, die vorher sich normal verhielten, waren jetzt beiderseits bedeutend vergröfsert. Subjektiv klagt Patient über Schmerz, Spannung und Brennen in der affizierten Gegend.

Da die Arsenikeinspritzungen (fünfmal täglich) nur noch die subjektiven Beschwerden steigerten, mufste wieder zu den asiatischen Pillen gegriffen werden, welche zwei Monate hindurch 3—12mal täglich gegeben wurden. Daneben mufsten auch Morphiumeinspritzungen gemacht werden, um den Schmerz zu lindern, welcher so grofs war, dafs Patient nicht schlafen konnte. Äufserlich wurde auch auf die krank-

Hautgegend eine Flüssigkeit, bestehend aus Acid. acet. dil. 50,0, Spirit. coloniens., Spirit. vin. gall. ää 25,0, Menthol 2,0, zerstäubt, welche dem Patienten den Schmerz zu lindern schien. Nach Anwendung dieser Flüssigkeit bildeten sich auf den Knötchen oberflächliche Erosionen, zuweilen auch Blasen, aber der Schmerz wurde geringer. Schon nach wenigen Tagen wurden die Knötchen flacher, nahmen an Gröfse ab, so dafs nach kurzer Zeit einige ganz verschwanden und nur Pigmentflecken hinterliefsen. Gleichzeitig sah man aber in der Umgebung der früheren frische Knötchen entstehen, die Schmerzen wurden wieder heftiger, und der Allgemeinzustand des Kranken verschlimmerte sich so schnell, dafs er 15 Monate nach der ersten Anmeldung in der Klinik und etwa drei Jahre nach dem Anfange der Krankheit starb.

Die sechs Wochen vor dem Tode vorgenommene Untersuchung des Blutes — in der Zeit, als der Allgemeinzustand noch ziemlich befriedigend war und die Knötchen sich abzuplatten begannen — ergab rote Blutkörperchen 2949600, weifse 11800, Hämoglobin 67% (Gowers). Die Färbung mit Ehrlichschem Farbstoff (Triacid) ergab folgendes Verhältnis: grofse Neutrophile 38%, kleine Neutrophile 41%, grofse Lymphocyten 12%, kleine Lymphocyten 9%, eosinophile Zellen 0.

Dem Protokoll der Autopsie, welches mir vom anatomo-pathologischen Institut der Jagiellonischen Universität freundlichst überlassen worden ist, entnehme ich nur diejenigen Einzelheiten, welche für uns von Interesse sind. Die Veränderungen an der Haut sind oben bereits beschrieben. An der linken Pleura lockere Verwachsungen, in beiden Lungen, vorzugsweise in den oberen Teilen, zahlreiche hirse- bis haselnufsgrofse Knötchen, aufserdem blofs Hyperämie der unteren Teile. Am Herzbeutel über der linken Kammer ein hartes Knötchen von Erbsengröfse, das Herz verkleinert. Die vergröfserte Leber zeigt sowohl an der Oberfläche, wie im Parenchym zahlreiche Knoten von verschiedener Gröfse. Die Neubildungen sind sowohl hier, wie in der Lunge hart, scharf begrenzt, und manche, besonders ein Knoten im linken Lappen, der bis an die Oberfläche heranreichte, enthielt im Inneren einen Erweichungsherd. Sonst war das Leberparenchym normal, die Gallengänge wegbar, die Gallenblase mit verdickter, dunkelblauer Galle gefüllt.

Wenn man nun diese Krankheitsgeschichte gelesen hat, kann wohl kaum ein Zweifel bestehen, dafs bei diesem Falle von Sarkombildung — die echten solitären Hautsarkome, die Melanosarkome, ferner der Kaposische Typus, endlich auch die unlogischerweise sog. Mycosis fungoides — aus klinischen Gründen ausgeschlossen werden müssen. Eo ipso mufs dieser Fall zu der bisher noch ungeordneten Gruppe von Sarkombildungen gezählt werden, die ich oben erwähnt habe und die mit dem Bilde der als Sarkome bezeichneten Neoplasmen nicht ganz übereinstimmen, weshalb sie auch Kaposi nicht Sarkome, sondern sarkoide Geschwülste nannte.

Ähnliche Fälle sind in der Literatur beschrieben; — es werden stets Versuche gemacht, dieselben wieder in besondere Gruppen zu trennen. Ich werde diese verschiedenen Fälle hier nicht anführen, denn der Vergleich meines Falles mit jenen würde zu keinem klaren Resultate führen. Dagegen will ich ein genaues anatomisches Bild meines Falles vorführen, dasselbe mit dem Kaposischen Typus der Hautsarkomatose vergleichen, die bestehenden Ähnlichkeiten bezw. Unterschiede hervorheben, sodann die sich daraus ergebenden Schlufsfolgerungen ziehen.

Auf der Schnittfläche der von den Knoten eingenommenen Haut sieht man gröfsere und kleinere, rundliche, scharf abgegrenzte Gebilde, die sich von der Umgebung durch die ungleiche Anordnung ihrer Fasern und ihres Parenchyms unterscheiden. Ihr Parenchym ist weicher, brüchig und hat ein körniges Aussehen. Auf den Schnittflächen gröfserer Knoten sieht man Streifen fibrösen Bindegewebes, welche von der Peripherie gegen das Zentrum im Bogen laufen, den Knoten in mehrere Teile trennend. Um den Knoten herum sieht man aber keine eigentliche Kapsel, mit welcher der Knoten ausgeschält werden könnte. Die Farbe der Knotenschnittfläche ist gelblich-grau und unterscheidet sich nicht viel von der Umgebung. Schon makroskopisch kann man feststellen, dafs die Neoplasmen ziemlich tief in der Haut liegen — die kleineren an der Grenze des subcutanen Gewebes, die gröfseren reichen bis an die Papillen, und manche, die aus dem Zusammenfliefsen mehrerer Knötchen entstanden zu sein scheinen, bis an die Hautoberfläche heran.

Mikroskopisch treten diese Verhältnisse noch deutlicher hervor. Die meisten liegen in der eigentlichen Haut, mit ihrem unteren Rand bis an das subcutane Fettgewebe heranreichend. Von den grofsen Knoten reichen einige bis an die Hautoberfläche, die anderen nicht einmal bis an die Papillen, endlich sieht man ziemlich kleine Knötchen, die hoch in der eigentlichen Haut unter den Papillen liegen.

Auch das erwähnte Verhältnis der Knötchen zum umgebenden Gewebe bestätigt sich mikroskopisch. Die meisten Knötchen bilden zwar ein festgefügtes Ganzes, das von kreisartig geordnetem Kollagen umgeben ist, doch kann auch hier von einer eigentlichen Kapsel nicht die Rede sein. Andere Knoten haben kein festes Gefüge, das sie umgebende Kollagen schneidet nicht scharf gegen den Knoten ab, sondern geht von der Peripherie her in den Knoten über, in dessen Innerem oft breite Streifen bildend. An grofsen, meist ziemlich scharf von der Umgebung abgegrenzten Knoten sieht man sowohl makro- wie auch mikroskopisch, dafs sie in kleinere, fester gefügte Läppchen zerfallen. In diesen Läppchen, die zuweilen ein verhältnismäfsig kleines, gesondertes Knötchen bilden, sind keine Scheidewände mehr zu sehen, sondern ein feines Fasernetz, das ich noch im weiteren beschreiben werde, und kleine Gefäfse, welche das Läppchen in verschiedenen Richtungen durchziehen.

Die einzelnen Läppchen eines älteren Knotens sind hauptsächlich aus Zellen von verschiedener Form und Gröfse zusammengesetzt. Die Zellen sind meist gröfser als Bindegewebszellen und übertreffen nicht selten jene um das Mehrfache, ja oft um mehr als das Zehnfache. Zellen von der Gröfse gewöhnlicher Bindegewebszellen kommen nur selten vor. Auf den ersten Anblick machen die Zellen durch ihren homogenen Zellkörper, die längliche Form und den bläschenförmigen Kern den Eindruck von Epidermis-

zellen. Bei näherer Betrachtung sieht man, dafs die Zellen rundlich, mehr oder weniger oval sind und oft mehrere Flächen zeigen, die von dem Druck herrühren, welchen die Zellen aufeinander ausüben, so dafs viele von ihnen polygon aussehen. Nur wenige Zellen sind dreieckig und mit kurzen Ausläufern versehen. Das Cytoplasma der Zellen ist homogen, wie geronnen, Spongioplasma oder Granoplasma läfst sich in demselben schwer unterscheiden, aber die Umrisse der Zellkörper sind immer scharf.

Im Cytoplasma dieser Zellen ist die Zahl der Kerne auffallend. Nur verhältnismäfsig wenige, besonders in der Peripherie des Knotens liegende Zellen haben einen Kern, die meisten haben zwei bis vier, manche sogar mehr als zehn Kerne. Je nach der Zahl der Kerne sind auch die Zellen gröfser (Fig. 1).

Auch die Form der Kerne ist nicht überall gleich. Besonders in den Zellen mit wenigen Kernen sind sie grofs, bläschenförmig und zeigen deutliches retikuläres und granuliertes Chromatin und deutliche Kernkörperchen. Ihr Aussehen erinnert somit an die Kerne hypertrophischer, ödematöser Bindegewebszellen. In anderen Zellen sind die Kerne nur wenig granuliert, und in Zellen, welche eine grofse Anzahl Kerne enthalten, gibt es auch Kerne, in welchen blofs ein feines Netzwerk zu sehen ist. Die letzteren sind meist kleiner, noch deutlicher bläschenförmig, blafs, färben sich schwächer, und ihr Kernkörperchen tritt viel deutlicher hervor, so dafs man oft erst mit Hilfe desselben die kaum erkennbaren Umrisse der Kerne sich herstellen mufs.

Die Kerne liegen nur selten in der Mitte, meist näher dem einen Pol des ovalen Zellkörpers. In den vielkernigen Zellen liegen die Kerne unregelmäfsig und füllen nicht selten das ganze Zellplasma aus. Die grofse Zahl der Kerne, wie auch die Form der Zellen zeigt, dafs wir es hier mit Riesenzellen zu tun haben. Nebst den Kernen finden sich in den Zellen auch Vakuolen, oder einer der Kerne ist wie von einem Hohlraum umgeben und färbt sich so schwach, dafs wir seine Umrisse kaum erkennen, in seiner Mitte aber ein deutliches Kernkörperchen sehen können.

Ich komme noch auf das Cytoplasma zurück, um von seiner Färbbarkeit zu sprechen. Es ist schon erwähnt, dafs dasselbe besonders in gröfseren Zellen bei verschiedener Färbung ein homogenes Aussehen hat. Bei stärkerer Vergröfserung sieht man schon in diesen, noch deutlicher aber in kleineren Zellen ein feines Netzwerk, — aber stets färbt sich das Zellplasma mit basischem Farbstoff bedeutend schwächer als die Bindegewebszellen, gleichfalls schwach mit neutralem Farbstoff, z. B. neutralem Orcein.

Die Knötchen liegen in der eigentlichen Haut von einer Art Hülle umgeben, so dafs die Neubildung scharf von der Umgebung abgegrenzt ist. was makroskopisch den Eindruck macht, als müfste sich der Knoten aus

der Umgebung ausschälen lassen. Von dem den Knoten einhüllenden, mit der Umgebung eng verbundenen Gewebe, welches nebst den Bindegewebsfasern (Kollagen) eine grofse Anzahl spindelförmiger Zellen enthält, laufen Gewebsstreifen tief in den Knoten hinein, denselben in kleinere Knötchen teilend. Von diesen Scheidewänden gehen wieder nach den Seiten hin weitere Ausläufer, welche die kleinen Knötchen in noch kleinere Läppchen teilen. Die Kollagenstreifen werden sowohl in der Peripherie, wie im Inneren der Neubildung von elastischen Fasern begleitet (Fig. 2).

Zwischen diesen feinen Bindegewebssepten liegen die oben beschriebenen Zellen dicht aneinander gedrängt, die einzelnen Läppchen bildend, aus welchen der ganze Knoten zusammengesetzt ist. Die in den peripheren Teilen des Knötchens gelegenen Zellen sind kleiner, einkernig, mit basischen Farben besser färbbar; die mehr zentral gelegenen sind immer gröfser, enthalten mehrere Kerne und ihr Cytoplasma ist nicht so gut färbbar. Auch die Zellkerne verhalten sich verschieden, je nach der Lage der Zellen: in der Peripherie färben sie sich deutlich, hier und da sind Teilungsfiguren zu sehen; in den zentralen Teilen des Knötchens dagegen, wo sie, wie erwähnt;, zu mehreren in einer Zelle enthalten sind, sind sie ausgesprochener bläschenförmig, weniger granuliert, und Teilungsfiguren sind nur sehr selten zu finden. Endlich sieht man grofse Zellen mit zahlreichen Kernen frei nebeneinander liegen, so dafs innerhalb des Knotens oft Hohlräume, wie nach Ausfall von Zellen, entstehen. An anderen Stellen bemerkt man wieder Zellen mit noch mehr homogenem, sich sehr schwach färbendem Cytoplasma, deren Kerne in feine Körner zerfallen, welche sich mit basischem Farbstoff schwach tingieren lassen. Endlich findet man auch zerfallene Zellen in Form von geschrumpften Kernen, die nur noch von Cytoplasmaresten umgeben sind.

Die bisher beschriebenen Knoten mit den Erscheinungen des Zellzerfalls müssen als ältere, längere Zeit bestehende gelten. Dagegen sieht man an Schnitten von kleineren, tiefer in der Haut liegenden Knötchen Gebilde von etwas abweichendem Typus.

Die sie zusammensetzenden Zellen sind im allgemeinen den oben beschriebenen ähnlich, und zwar denjenigen, die wir dort in den peripheren Teilen des Knotens liegen sahen; sie sind zwar grofs im Vergleich mit gewöhnlichen Bindegewebszellen, doch kleiner als die im oben beschriebenen Knotentypus befindlichen Zellen. Zahlreiche Kerne in einer Zelle werden hier seltener angetroffen, dagegen findet man häufiger die Kerne in Teilung begriffen. Ihr Cytoplasma färbt sich besser, die Umrisse wie auch das Plasmanetz sind deutlicher. Den wichtigsten Unterschied bildet aber die Anordnung der Zellen im Verhältnis zum Kollagen. Während in den Knötchen des vorher beschriebenen Typus die Zellen in kleinen, von Bindegewebe umgebenen Haufen lagen und der alveoläre Bau deutlich zu

erkennen war, liegen hier die Zellen in Reihen geordnet längs der Kollagenfasern, welche ihren Längsverlauf beibehalten — was besonders deutlich an der Peripherie hervortritt. Die Kollagenbündel sind im ganzen Knötchen, sowohl in seiner Peripherie, wie in den zentralen Teilen von gleicher Qualität und Dicke, ebenso wie die das Knötchen zusammensetzenden Zellen keine erheblichen Unterschiede aufweisen. Endlich ist noch ein sehr wichtiger Umstand hervorzuheben, und zwar die Bildung von Zerfallsherden im Inneren der Knötchen. Bei schwacher Vergrößerung kann man in der Mitte des Knötchens ein ovales Feld sehen, welches sich nur teilweise mit basischem, deutlicher aber mit neutralem Farbstoff tingieren läßt. Stärkere Vergrößerung zeigt, daß dieses Feld eine bedeutend kleinere Zahl solcher Zellen enthält, wie sie in der Umgebung sich befinden; daneben sieht man aber einzelne geschrumpfte Kerne, von denen manche schwach, andere stärker sich färben, außerdem feine, von zerfallenen Kernen stammende Körnchen und schwach färbbare Plasmareste. Den Hintergrund, der sich mit neutralem Farbstoff tingiert, bildet eine homogene, wie geronnene Masse, in welche die beschriebenen Gewebsüberreste eingelagert sind. Wir haben somit ein Bild der Nekrose des neoplasmatischen Gewebes, von dem nur Überreste der Zellen und wenige gut erhaltene Kollagenfasern übrig geblieben sind (Fig. 3).

Knoten von eben beschriebenem Bau enthalten — mit Ausnahme der das Kollagen begleitenden Bindegewebszellen — Zellen von gleicher Beschaffenheit in bezug auf Form, Größe und Färbbarkeit, unabhängig davon, ob dieselben in der Peripherie oder im Zentrum gelegen sind. Infolge der Lage der Zellen zwischen den Kollagenbündeln setzt sich das Knötchen nicht so deutlich gegen die Umgebung ab, wie dies bei der vorherigen Form der Fall ist. Am Ende der neoplasmatischen Stränge findet man oft Haufen von verschiedenartigen Bindegewebszellen, und zwar spindelförmige Zellen, Spongioblasten und Plasmazellen von verschiedener Größe.

Ähnliche Zellen kann man auch in der Umgebung der vorher beschriebenen Knötchen sehen, und zwar entweder in Form von gedrängten Zellenhaufen oder zwischen den feinen Kollagenbündeln liegenden Strängen. Größer und gewöhnlich auch zahlreicher findet man sie an den knötchenfreien Stellen, hauptsächlich in den tieferen Schichten der Cutis (Fig. 4). Diese mehr oder weniger großen Haufen bestehen vorwiegend aus Plasmazellen. Am Rande größerer Knötchen kann man sehen, wie diese Plasmazellen immer mehr in die neoplasmatischen ähnliche Zellen übergehen: die Kernteilungen werden immer häufiger, wie dies schon in den primären Zellenhaufen zu sehen ist, die Kerne verlieren immer mehr das körnige Chromatin, werden mehr bläschenförmig, ihr Cytoplasma vermehrt sich, bekommt ein mehr homogenes Aussehen und läßt sich schlechter mit basischem Farbstoff tingieren.

Knötchen, welche schon klinisch den Eindruck machten, als wären sie in Abnahme begriffen, stellen ein von jenem abweichendes Bild vor. Nebst den an manchen Stellen noch gut erhaltenen Neubildungszellen besteht hier eine grofse Zahl geschrumpfter und zerfallender Kerne, hauptsächlich aber eine grofse Anzahl gewöhnlicher Bindegewebszellen. Das Ganze weist somit darauf hin, dafs das Bindegewebe von der Umgebung her wuchert und die Stelle des schwindenden neoplasmatischen Gewebes einnimmt. In diesem frisch entstehenden Bindegewebe sieht man immer mehr Blutgefäfse und immer breitere Kollagenstreifen sich bilden und hier und da verhältnismäfsig zahlreiche Mastzellen. Die Grenze zwischen der Neubildung und der Umgebung verwischt sich immer mehr, denn es besteht keine Grenze zwischen dem an Stelle der Neubildung sich entwickelnden Bindegewebe und dem der Umgebung (Fig. 5).

Endlich hatte ich auch die Gelegenheit, ein Hautstückchen zu untersuchen, dessen reichlicher Pigmentgehalt und die Überreste der Infiltration darauf hinwiesen, dafs an dieser Stelle ein Neoplasma geschwunden ist — was übrigens schon im Verlaufe hatte festgestellt werden können. Das mikroskopische Bild dieser Schnitte bestätigte noch im höheren Mafse das vorher geschilderte. Da sah man nämlich keine Neubildungszellen mehr, sondern blofs reichliche Bindegewebszellen, welche längs der immer reichlicheren Kollagenbündel gelegen sind. Bei guter Färbung des Kollagens sieht man, dafs dasselbe hier nicht in wellenförmigen Streifen verläuft, wie in dem umgebenden Gewebe, sondern ein ziemlich feines, dichtes Netzwerk bildet, in welches junge Bindegewebszellen eingelagert sind. Die Kollagenfasern werden von feinen, aber zahlreichen elastischen Fasern begleitet, die sich etwas schwächer färben als die der Umgebung. Unter den Bindegewebszellen befinden sich hier spindelförmige Zellen schon in gröfserer Zahl als in den erst im Schwinden begriffenen Knötchen. In diesem Bindegewebe, und zwar vorzugsweise oberhalb desselben in der Papillarschicht, sieht man grofse Pigmentkörner von verschiedener Gestalt, die gewöhnlich aufserhalb der Zellen frei liegen. Dieses Pigment fand ich aber nur an Stellen sich rückbildender Knötchen und niemals in den neoplasmatischen Knötchen. Auch konnte ich weder in den sich erst entwickelnden, noch in schon entwickelten Knötchen Spuren von Extravasaten finden, so dafs ich dieses Pigment nicht als Folge von solchen, sondern als Überreste neoplasmatischen Gewebes auffassen mufs. Die Epidermis über diesem sozusagen narbigen Hautteil schien atrophisch zu sein, die Epithelstränge waren kürzer und die Zellenreihen der Epidermis weniger zahlreich. (Fig. 6.)

Wie erwähnt, sind die Blutgefäfse im neoplasmatischen Gewebe zahlreich, zumeist sehr klein. In der Umgebung sind die gröfseren Gefäfse erweitert und in einen Mantel abnorm reichlicher Zellen gehüllt. Am

stärksten findet man die Gefäfserweiterung in grofsen Knoten, besonders oberhalb derselben in der Papillarschicht.

Das Verhältnis der Infiltrate zu den Gefäfsen ist derart, dafs erstere sich in der nächsten Umgebung der kleinen und in der Nachbarschaft der gröfseren Gefäfse gruppieren, und zwar in den tieferen Schichten der Cutis. In den späteren Stadien kann man eine Verdickung der Gefäfswände und Verschmälerung der Gefäfslumina sehen. Die Gefäfswandverdickung sieht man besonders da deutlich, wo an Stelle der Neubildung Bindegewebe sich gebildet hat, denn die Haut ist da verdünnt, die Kollagenmenge vermindert und seine Fasern zarter, wodurch die Gefäfse leichter zum Vorschein kommen, zumal die Wucherung das Bindegewebe der Adventitia betrifft.

Weder Knäueldrüsen noch Talgdrüsen sind innerhalb der Neubildung zu finden. Im umgebenden Gewebe sieht man dieselben entweder von einer Plasmazelleninfiltration oder einer gröfseren Menge Bindegewebszellen umgeben, wobei die Drüsen dem Schwunde verfallen. Ähnliche regressive Veränderungen zeigen auch die Haarbälge.

Die in der Nachbarschaft der Neubildungen gefundenen Nerven schienen unverändert zu sein.

Bei der Schilderung des Sektionsbefundes wurde erwähnt, dafs Neubildungsknoten in gröfserer Zahl in der Lunge und Leber und einer im Herzbeutel gefunden wurden. Alle diese Knötchen waren mikroskopisch durch dieselben anatomischen Verhältnisse gekennzeichnet, wie die an der Haut.

So sieht man im Lungengewebe dieselben alveolären Neugebilde, aus gleichen Zellen bestehend, wie die der Haut, und durch ähnliche Bindegewebsstreifen septiert. Das Lungengewebe der Umgebung erleidet seitens der Neoplasmen, sowie des zwischen den Alveolen und besonders um die feinen Bronchiolen abnorm wuchernden Bindegewebes merklichen Druck. Auch die Gefäfse sind, wie in der Haut, von wucherndem Bindegewebe umgeben, manche ziemlich erweitert.

Ein ähnliches Bild bieten die Knoten in der Leber. Auch hier wuchert das neoplasmatische Gewebe auf Unkosten der Drüsenzellen, aufserdem bemerkt man hier bedeutende Wucherung des Bindegewebes in der Umgebung der Neoplasmen und der Blutgefäfse. Besonders bemerkenswert war ein Knötchen, welches schon makroskopisch Erweichungserscheinungen zeigte. Mikroskopisch fällt auch innerhalb des neoplasmatischen Gewebes ein Herd auf, welcher sehr schwach tingierbare, zerfallende Zellen enthält — also ein nekrotischer Herd, wie wir solche innerhalb der Hautknoten gesehen haben.

Der bei der Sektion an der Herzoberfläche gefundene, über dieselbe etwas prominierende Knoten lag im Perikard, welches an dieser Stelle

vorgewölbt erschien. Nach unten zu waren an der Berührungsstelle die Herzmuskelfasern geschwunden. Das Bindegewebe an der Oberfläche des Knötchens und zwischen den schwindenden Muskelzellen ist stark gewuchert. Der alveoläre Bau, wie auch die Qualität der Zellen entspricht vollständig dem oben geschilderten Bilde.

Vergleichshalber untersuchte ich zu gleicher Zeit Stücke von zwei Fällen von Sarkomen des KAPOSIschen Typus, die ich früher beobachtet hatte, und führe die betreffenden Bilder an.

Die in einem Falle dem Daumen, im anderen der unteren Extremität entnommenen Hautstücke enthielten über die Hautoberfläche prominierende Knötchen und grofse, in der Cutis gelegene Knoten. Sowohl die einen wie die anderen wiesen dieselbe Struktur auf, und zwar bestehen diese Knötchen mikroskopisch schon bei schwacher Vergröfserung aus spindelförmigen Bindegewebszellen, die jedoch gröfser sind als die in der normalen Haut und längliche, bläschenförmige Kerne enthalten. Die dicht nebeneinander gelagerten Zellen bilden eine Art Bündel, welche in verschiedenen Richtungen wellenförmig verlaufen. Zwischen diesen Zellensträngen bemerkt man auch anders gestaltete Bindegewebszellen, deren Kerne mehr rundlich sind, mehr granuliertes Chromatin enthalten, sich stärker färben, und deren Cytoplasma gleichfalls netzartig und reichlicher ist, so dafs die Zellen mehr rund aussehen. Das Knötchen bildet ein ziemlich fest gefügtes Ganzes, denn innerhalb desselben befinden sich nur feine Bindegewebsfasern, niemals aber Kollagenbündel, während die Umgebung aus entwickeltem Kollagen besteht, welches hier und da Bindegewebszellen in gröfserer Zahl enthält als gewöhnlich. In der Peripherie kleiner, an der Grenze des subcutanen Gewebes liegender Knötchen kann man neben diesen, meist zahlreichen, durch erhebliche Vermehrung des Spongioplasmas verschiedene Formen annehmenden Bindegewebszellen auch grofse Plasmazellen, wie auch Übergänge zwischen diesen beiden Zellenformen beobachten (Fig. 7.)

Die das Neoplasma bildenden Zellen scheinen längs der kleinen Gefäfse zu liegen, welche man im Knötchen sogar auf längere Strecken leicht verfolgen kann. Um das Knötchen herum sind die Gefäfslumina erweitert und von zahlreichen Bindegewebszellen umgeben, die auch in gröfserer Zahl zwischen den Kollagenbündeln sich finden.

Aufser den gut entwickelten, gegen die Umgebung scharf abgegrenzten, in der Cutis gelegenen Knötchen kann man auch um die kleinen Gefäfse, wie auch um die Knäueldrüsen reichliche Infiltrate von Plasmazellen (UNNA) sehen — ähnlich den Anfangsinfiltrationen der vorher beschriebenen Sarkomart, von jenen blofs dadurch unterschieden, dafs, während in jenen neben den Plasmazellen Übergangsstufen zu den neoplasmatischen Zellen vorhanden waren, hier grofse, hypertrophische, verschieden ge-

staltete Bindegewebszellen überwiegen, zwischen welchen Plasmazellen mehr oder weniger dicht zerstreut sind. Die Zellenhaufen sind ziemlich grofs, und in ihrer Peripherie sieht man zuweilen Zellen, welche sich jenem Typus nähern, der den Hauptbestandteil der Knötchen bildet. Dabei sind sowohl diese Haufen, wie auch die Neubildungen selbst nicht so scharf gegen die Umgebung abgesetzt, wie die Knoten des vorher beschriebenen Typus; sie sind vielmehr mit der Umgebung eng verbunden, so dafs nur durch die verschiedene Beschaffenheit des Gewebes eine gewisse Abgrenzung gegeben ist.

Extravasate waren keine zu sehen, nur hier und da Pigmentkörner innerhalb, vorzugsweise aber in der Umgebung der Knötchen.

Der beschriebene Fall gehört, wie ich das nachgewiesen habe, in klinischer Beziehung nicht zum KAPOSIschen Typus und unterscheidet sich von demselben auch in histologischer Hinsicht bedeutend.

Aus dem mikroskopischen Bilde, zu dessen Herstellung ich mich eines reichen Materials von Knoten sowohl aus der Haut, wie aus den inneren Organen bedient habe, kann man vor allem gewisse Schlüsse bezüglich der Art der Entstehung der Knoten ziehen. Neben gut entwickelten, sogar teilweise zerfallenden Neubildungen finden wir frische Infiltrationen, welche als Anfangsstadien dieses Krankheitsprozesses betrachtet werden und somit das meiste Interesse erregen müssen. In den ersten Stadien treten im subcutanen Gewebe und später auch in den höheren Hautschichten Haufen von Plasmazellen ähnlichen Zellen auf, deren Kerne vielfach Mitosen zeigen; in manchen von diesen Zellen schwillt das Cytoplasma, es wird reichlicher, wodurch die Zellen in ihrem Aussehen sich denjenigen nähern, die wir in entwickelten Knoten sehen. Diese Infiltrate unterscheiden sich anfangs fast durch nichts von denjenigen, welche bei chronischen Infektionskrankheiten, wie Syphilis, besonders aber Tuberkulose, in der Haut beobachtet werden. Selbst in der Folge sind die Unterschiede, wenigstens anfänglich, nicht nennenswert, denn die Plasmazellen, deren Abstammung ich hier nicht bestimmen kann, nehmen die Form von epitheloiden Zellen und endlich die von Riesenzellen an, wie wir solche in chronischen Krankheitsprozessen finden. Von diesem Augenblicke an machen sich aber zwei Entwicklungsformen erkenntlich: die einen, meist an der Grenze des subcutanen Gewebes gelegenen Knötchen entwickeln sich bei erhaltenen und nur auseinander gedrängten Kollagenfasern; die anderen wachsen zu Läppchen an, welche durch Bindegewebszüge voneinander getrennt sind, ein geschlossenes Ganzes bildend. So sehen wir in einem Falle das Bild, welches UNNA als diffus, im anderen dasjenige, welches er als figuriert bezeichnet. Endlich kommt es in beiden Fällen zu Nekrose der Zellherde, die Zellen zerfallen, werden resorbiert, wie dies an schwindenden Knötchen deutlich zu sehen ist. In den ersteren ent-

steht der nekrotische Herd in der Mitte des Knotens, nimmt einen gewissen Teil desselben ein und scheint gegen die Peripherie hin fortzuschreiten; in den alveolären Knötchen findet zwar gleichfalls Zerfall der Zellen, aber nur an gewissen Stellen des Läppchens statt, und da tritt das Bindegewebe aus der Umgebung in dasselbe ein.

In Pigmentflecken nach Knötchen, die makroskopisch vollständig geschwunden sind, sieht man mikroskopisch eine Hautnarbe, neugebildetes Bindegewebe, welches sich in fibröses Gewebe umwandelt. Die Haut ist an dieser Stelle verdünnt, atrophisch, die Epidermis verschmälert, was aber — wenigstens zum grofsen Teil — auf die hochgradige Kachexie zurückzuführen ist.

Wie man sieht, sind die Unterschiede zwischen dem KAPOSIschen Sarkomtypus und meinem Falle bezüglich des anatomischen Baues bedeutend. Jene könnte man vom anatomischen Standpunkte als fusocelluläre, diese als globocelluläre Sarkome bezeichnen. Einen hervorragenden Unterschied bildet auch die Anwesenheit von Riesenzellen, welche in den anderen multiplen Sarkomen stets vorhanden sind, beim KAPOSIschen Typus aber niemals vorkommen. Im beschriebenen Falle waren die Riesengebilde so zahlreich, dafs man denselben im histologischen Sinne den Riesenzellensarkomen zuzählen sollte. Es erscheint mir jedoch richtiger, auf die Form dieser Riesengebilde — wie dies UNNA tut — hinzuweisen. Es sind das nämlich grofse Zellen mit zahlreichen Kernen, von denen manche mehr, andere weniger Chromatin enthalten, deren Cytoplasma sehr reichlich, homogen ist und veränderte Färbbarkeit zeigt, indem sie sich nicht mit basischen, sondern mit neutralen Farben (neutrales Orcein, Methylblaumethode) tingiert. Ich beabsichtige nicht, die Art der Entstehung der Riesengebilde zu entscheiden, doch scheinen mir dieselben grofse Bindegewebszellen zu sein, deren Kerne sich vielfach geteilt haben, während das Cytoplasma der Degeneration verfallen ist (Chorioplasten UNNA).

UNNA erwähnt, dafs er in allen Fällen von globocellulären Sarkomen mehr oder weniger reichliche Riesengebilde gefunden hat. Im betreffenden Falle habe ich solche Zellen in grofser Zahl in runden, scharf umschriebenen Knoten gefunden, welche ich, nach dem ganzen Bilde urteilend, als die ältesten betrachtete, weniger in denjenigen Knoten, deren Zellen als Infiltrat zwischen dem Kollagen lagen, und in schwindenden Knötchen nur hier und da zwischen zahlreichen Bindegewebszellen. Zugleich findet man viele von diesen grofsen Zellen in grofsen Knoten zerfallen und in Knötchen, die im Schwinden begriffen sind — nebst zerfallenen auch ganz resorbiert. Das könnte zur Annahme führen, dafs die Riesengebilde die Endform im Entwicklungsgange dieser Sarkomzellen bilden, wonach sie resorbiert werden können, so dafs endlich das ganze Knötchen schwinden kann, wie wir dies auch klinisch beobachteten. Die Anwesenheit von

Riesengebilden dürfte somit als ein besonders kennzeichnendes Merkmal für diese multiplen Hautsarkome gelten, welche schon durch ihren klinischen Verlauf sich von den Sarkomen des KAPOSIschen Typus unterscheiden.

Wie schon anläfslich der Beschreibung der globocellulären Sarkome erwähnt wurde, behauptet UNNA, dafs in denselben Riesenzellen sich finden, welche in den fusocellulären Sarkomen nicht vorkommen, bemerkt aber dabei, dafs es einen besonderen, aus Riesenzellen bestehenden Sarkomtypus gebe, den er auch beschreibt. Da nun in allen rundzelligen Sarkomen Riesengebilde gefunden werden, drängt sich unwillkürlich wieder die Frage auf, ob hier nicht etwa blofs ein quantitativer Unterschied vorliege, ob nämlich nicht die Riesenzellensarkome blofs eine spätere Entwicklungsstufe der Rundzellensarkome vorstellen könnten. Die weiteren histologischen Untersuchungen aller Fälle von Sarkomen müssen entscheiden, ob diese Annahme richtig ist, ob nämlich das Vorhandensein von grofsen Riesengebilden ähnlichen Zellen für die Differentialdiagnose zwischen den Sarkomen dieses anderen Typus und denen des KAPOSIschen Typus, von welchen sie bis nun streng unterschieden werden, von Bedeutung ist.

Der Unterschied im anatomischen Bau, namentlich der entwickelten Knoten beider Typen, wäre somit bedeutend; wenn wir aber die anfänglichen Infiltrationen betrachten, aus welchen diese Knoten ohne Zweifel hervorgehen, ist es schwer zu entscheiden, welcher Knotentypus aus denselben sich entwickeln wird. Wie oben erwähnt, finden wir anfangs in beiden Fällen Haufen von Bindegewebszellen verschiedener Form und Gröfse, Zellen, aus welchen sich die später voneinander so verschiedenen Neubildungszellen ausbilden. Diese Anfangsinfiltrate sprechen aber nur dafür, dafs die Abstammung der Zellen in beiden Fällen die gleiche ist, denn den Ausgangspunkt bildet stets die Bindegewebszelle. Gewisse Differenzen machen sich allerdings schon im Anfang bemerkbar: Beim KAPOSIschen Typus organisiert sich gewissermafsen das Bindegewebe und bildet immer einen gegen die Umgebung scharf umschriebenen Knoten, wenn auch in der Peripherie sich entwickelnder Knötchen Plasmazellen und hypertrophische Bindegewebszellen sich finden, aus welchen die Zellen des Knötchens zu entstehen scheinen. Beim anderen Typus werden die Kollagenbündel von den sich vermehrenden Zellen auseinander gedrängt, und aus den so entstehenden Zellensträngen wird ein Knötchen gebildet, welches anfangs von der Umgebung gar nicht scharf abgegrenzt ist und kein abgeschlossenes Ganzes vorstellt. Die alveolär gebauten Knötchen, deren einzelne Läppchen schon schärfer gegen die Umgebung abgesetzt sind und ein mehr abgeschlossenes Ganzes bilden, scheinen ältere, mehr entwickelte Gebilde zu sein.

Bei der Untersuchung der im Schwinden begriffenen Knötchen des

letzteren Typus sieht man Wucherung der Bindegewebszellen an Stelle der schwindenden Neubildungszellen, wie wir solche bei chronischen Entzündungsprozessen, wie z. B. Tuberkulose, Syphilis, beobachten. Dieselbe Erscheinung wird auch an inneren Organen beobachtet, in welchen, wie z. B. in der Leber, Bindegewebe an Stelle des schwindenden Drüsengewebes tritt. Sobald das Knötchen endlich geschwunden ist, bleibt an der Stelle seines früheren Sitzes narbiges Gewebe — Bindegewebe, dessen Zellen zum gröfsten Teile denen der normalen Haut ähnlich sind.

An den Sarkomknoten des KAPOSIschen Typus konnte ich keinerlei Erscheinungen beobachten, welche auf Rückbildung derselben schliefsen liefsen, obgleich die Autoren derartige Erscheinungen erwähnen, und SELLEI dieselben teils durch das Entstehen von Extravasaten, welche ich in meinem Falle nicht fand, teils durch Neubildung von Gefäfsen zu erklären sucht.

Alle diese histologischen Einzelheiten scheinen also zu beweisen, dafs die Knoten in diesen beiden Sarkomarten vom Bindegewebe herrühren; wir sehen nämlich, dafs die Anfangsinfiltrationen aus verschiedenartigen Bindegewebszellen zusammengesetzt sind, welche erst später eine Umwandlung in die neoplasmatischen Zellen des einen oder anderen Typus erfahren. Die Ursache der Entstehung der Infiltrationen, wie ihrer weiteren Umbildung ist uns nicht bekannt. In der Literatur macht sich immer mehr eine Auffassung bemerkbar, der zufolge die in Rede stehenden Krankheitsformen, welche zu den Sarkomen gezählt werden, eigentlich keine Neubildungen, sondern chronisch-entzündliche Prozesse sind, deren Charakter des näheren noch nicht erkannt ist.

Die bakteriologischen Untersuchungen an den Knoten selbst sowohl, wie auch Impfungen auf verschiedene Nährböden (unter anderen auch auf Blut und Nährböden mit Zusatz von Blut) ergaben stets einen negativen Befund. Ein ähnliches negatives Resultat erhielten auch viele Autoren, was den infektiösen Charakter der Knoten zwar nicht mit voller Entschiedenheit ausschliefst, denselben jedoch auch nicht zu bestätigen vermag.

Wenn auch manche Einzelheiten des klinischen Verlaufs (das Schwinden mancher Knötchen, bezw. ihre geringe Bösartigkeit) nicht für den neoplasmatischen Charakter zu sprechen scheinen, so kann man doch — wenn auch nur mit Rücksicht auf die sarkomatösen Metastasen in den inneren Organen, welche dieselbe Struktur wie die Hautneoplasmen aufweisen — diesen Charakter nicht ganz ausschliefsen.

Erwägt man alle diese sowohl klinischen, wie histologischen Einzelheiten, so mufs man allerdings eine Verwandtschaft dieser Krankheitsprozesse mit den wirklichen Sarkomen zugeben. Die Ursache des verschiedenen Verlaufes dieses Prozesses in der Haut und in anderen Geweben mag in der Verschiedenheit des anatomischen Aufbaues dieser

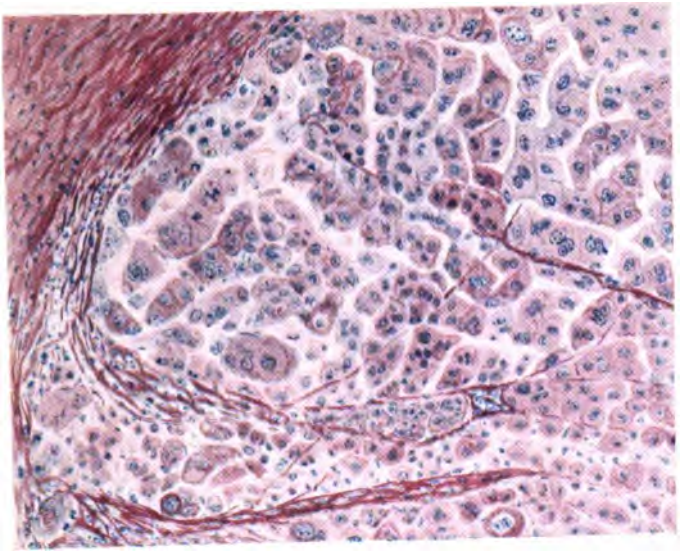


Fig. I.

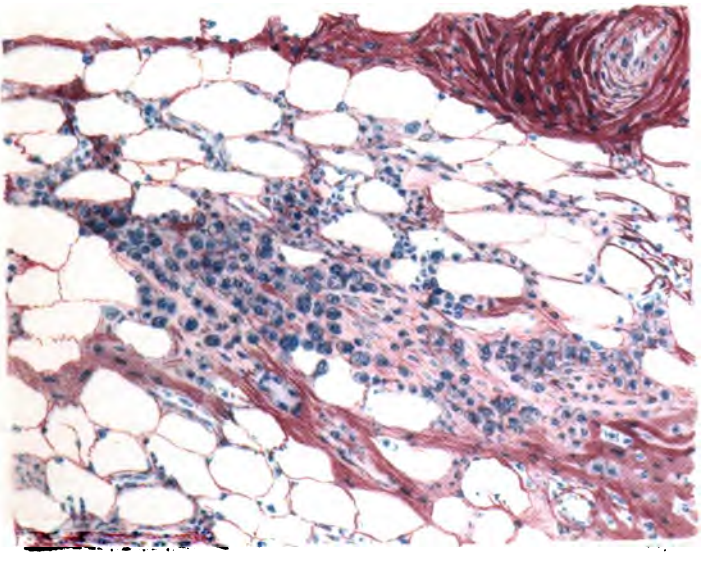


Fig. IV.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg.

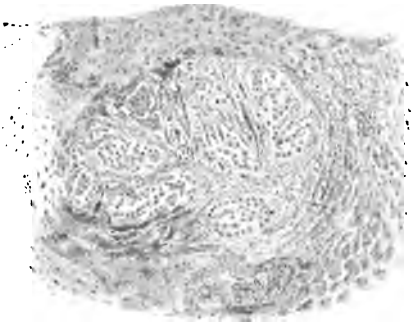


Fig. II.

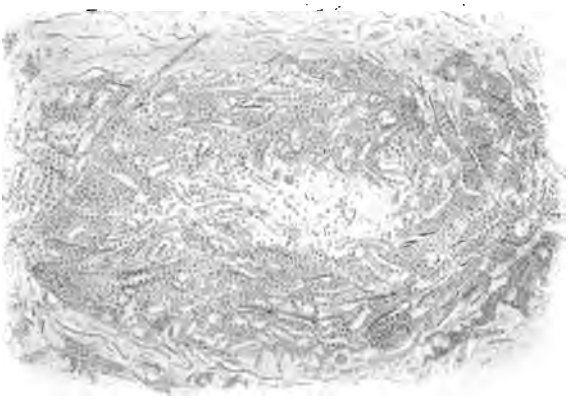


Fig. III

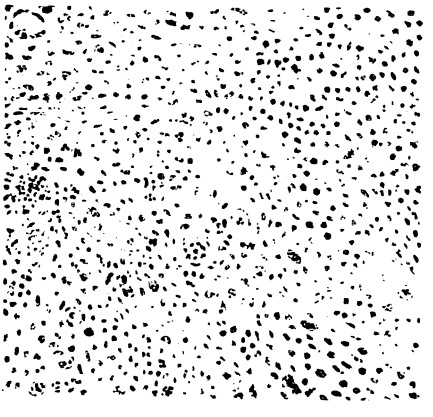


Fig. V.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg.

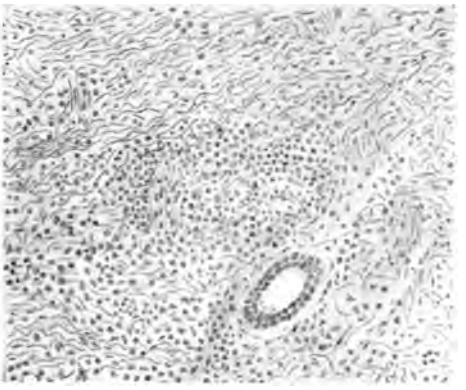


Fig. VI.

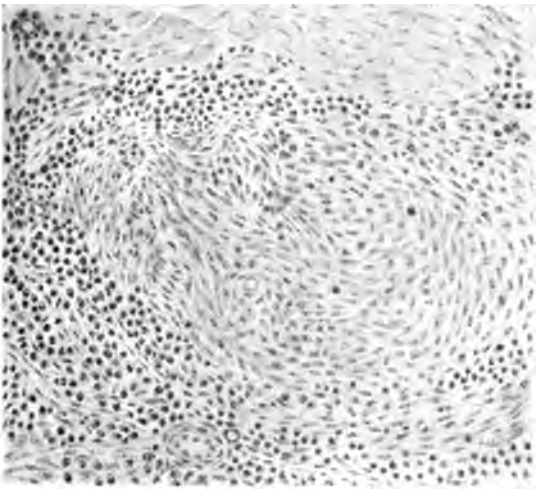


Fig. VII.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg.

Gewebe begründet sein, besonders in der Kraft des Bindegewebes, welches in den chronisch-infektiösen Prozessen eine so grofse Rolle spielt. Sehen wir doch auch in anderen derartigen Prozessen, wie Tuberkulose oder Spätsyphilis, einen hervorragenden Unterschied zwischen dem Verlaufe derselben in der Haut und dem in den inneren Organen.

Zuletzt erfülle ich eine angenehme Pflicht, indem Herrn Prof. Reiss für die gütige Überlassung des Falles meinen ergebensten Dank ausspreche.

Erklärung der Tafeln.

Fig. 1. Randstück eines alveolären Knötchens. Form und Färbbarkeit der Neubildungszellen. Vergrößerung Zeiss. Ok. 2. DD. Färbung: Neutrales Orcein. Pol. Methylenblau. Glyzerin-Äthermischung.

Fig. 2. Alveoläres Knötchen; dessen Verhältnis zur Umgebung. Vergrößerung Zeiss. 2. AA. Färbung wie Fig. 1.

Fig. 3. Knötchen mit Anordnung in Strängen; im Inneren des Knötchens ein nekrotischer Herd. Vergrößerung Zeiss. Ok. 2. AA. Färbung: Saures Orcein, Methylenblau-Glyzerin-Äthermischung.

Fig. 4. Anfangsinfiltration im subcutanen Fettgewebe; zahlreiche Plasmazellen; einige sind doppelkernig; Cytoplasma ist in einigen degeneriert. Vergrößerung Zeiss. Ok. 2. DD. Färbung wie Fig. 1.

Fig. 5. Im Schwinden begriffenes Knötchen; hier und da noch erhaltene, von Bindegewebszellen umgebene Neoplasmazellen. Vergrößerung Zeiss. Ok. 2. DD. Färbung wie Fig. 1.

Fig. 6. Stelle nach geschwundenem Knötchen; frisches Bindegewebe; zahlreiche elastische Fasern. Vergrößerung Zeiss. Ok. 2. DD. Färbung wie Fig. 3.

Fig. 7. Kleines Knötchen des Kaposischen Sarkomtypus, von zahlreichen Plasmazellen umgeben. Vergrößerung Zeiss. Ok. 2. DD. Färbung wie in Fig. 1.

Aus der Praxis.

Zur Kasuistik der Mesotanexantheme.

Von

Dr. med. et phil. A. Sack-Heidelberg.

Im Anschluß an die interessante Mitteilung von Dr. Berliner im dritten Hefte des laufenden Bandes *dieser Zeitschrift* sei hier auf einen ähnlichen Fall hingewiesen, den ich im vergangenen Sommer bei einer Dame zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Patientin hatte während einer Kur in Wiesbaden auf Rat eines dortigen Kollegen gegen rheumatische Schmerzen in den Handgelenken Mesotaneinreibungen in die

Haut gemacht. Schon nach der ersten Applikation des Mittels zeigte sich eine heftige vesikulös-papulöse Dermatitis der eingeriebenen Stellen, die der nervösen Patientin unerträgliche Schmerzen bereitete, so dafs dieselbe sich genötigt sah, ihre dortige Kur sofort zu unterbrechen und meine Hilfe in Heidelberg zu suchen. Die Dermatitis erreichte erst nach einigen Tagen ihren Gipfelpunkt und breitete sich ziemlich schnell auf den ganzen Vorderarm, dann auf die Oberarme und schliefslich auf den Hals und die Brust aus, weniger Jucken als heftige brennende Schmerzen erzeugend. Im Beginn sah die fortschreitende Affektion wie ein wanderndes Erysipel aus, später nahm sie einen miliar-vesikulösen Charakter an. Die Abheilungszeit nahm etwa drei Wochen in Anspruch, unter Anwendung einer milden Zink-Leinöl-Kalkwasser-Pasta. Aber auch lange noch nach dem Abheilen der Dermatitis blieb ein abnorm labiler Reizzustand der befallenen Hautbezirke bestehen.

Die Mahnung des Herrn Kollegen Berliner, vorsichtig bei der Mesotanverordnung für Einreibungen zu verfahren, scheint demnach sehr begründet zu sein.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 2. Februar 1904.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Buschke demonstriert einen Mann, an dessen Unterschenkel sich nach einem Trauma ein **Hautcarcinom** entwickelt hat.

2. Buschke demonstriert einen 13jährigen Knaben mit sogenanntem **Adenoma sebaceum** im Gesicht. Der Fall ist früher von Löwenheim in der Breslauer dermatologischen Gesellschaft demonstriert worden. Es befinden sich Efflorescenzen auch auf der Mundschleimhaut, meistens mit Teleangiektasien verbunden. Am Rumpf sitzen gestielte kleine Naevi und einzelne Fibrome. Die Gesichtsefflorescenzen zeigen keine Vermehrung oder Vergrößerung der Talgdrüsen, und bestehen größtenteils aus fibrösem Gewebe. Die Affektion ist im ganzen betrachtet, wie der Zusammenhang mit den übrigen multiplen, auf kongenitale Anlage zurückzuführenden Neubildungen beweist, eine Naevusart. Man kann sie als eine Entwicklungsstörung des Follikelsystems auffassen, bei der das eine Mal der Drüsenkörper hyperplasieren kann (Fall der Münchener Klinik *Arch. f. Dermatol.* 1904) oder häufiger die bindegewebigen Hüllen. Der Name Adenoma sebaceum leitet irre. Es wäre besser ihn aufzugeben, und die Veränderung nach ihrem ersten Autor als **Pringlesche Krankheit** zu bezeichnen.

Diskussion: Blaschko rechnet die Affektion gleichfalls in das Gebiet der kongenitalen naevusartigen Störungen. Auf Grund dieser Auffassung lassen sich die von einander abweichenden histologischen Befunde in Übereinstimmung bringen, da der

Bau der Naevi um die Grundlage der wahren Naevuselemente herum eine Hyperplasie aller möglichen anderen histologischen Elemente (Pigment, Talgdrüsen, Schweifsdrüsen usw.) darzubieten vermag.

Pinkus hat in zwei Fällen histologisch denselben Befund erhoben wie Buschke und namentlich eine Hyperplasie der Talgdrüsen vermifst.

Buschke hält es vor allem für wichtig, die Nomenklatur zu ändern, da beim Adenoma sebaceum der eigentliche Adenomanteil der unwichtigste und seltenste histologische Bestandteil des Krankheitsbildes ist.

3. L. Lilienthal demonstriert einen 17jährigen Mann mit **Epidermolysis bullosa.** Die Affektion besteht von Geburt an, hat in den letzten Jahren an Intensität bedeutend nachgelassen. In der Verwandtschaft des Patienten ist kein weiterer Fall nachzuweisen. Befallen sind obere und untere Extremitäten; der Rumpf blieb frei. Besonders stark affiziert ist die linke Hand und der linke Fufs. Dort sind die Nägel verkümmert, die Haut knittrig, atrophisch. Der Fall gehört demnach zur Forme bulleuse et dystrophique der Franzosen.

Diskussion: Lesser bemerkt, dafs bezüglich der Heredität ein Ausspruch erst möglich sei bei Kenntnis der Deszendenz des Kranken, da mit ihm selbst ja der Stammbaum einer epidermolytischen Generation möglicherweise erst beginne.

4. Ledermann demonstriert einen 65jährigen Mann mit **multiplem hämorrhagischen idiopathischen Hautsarkom** (Kaposi-Koebner). Beginn vor drei Jahren nach Erkältung, Sitz besonders an Händen und Füfsen. Zugleich besteht eine elephantiastische Schwellung des linken Unterschenkels. Lymphdrüsen und innere Organe sind normal, das Blut weist eine Lymphocytose geringen Grades auf.

Diskussion: Wechselmann führt die bisher in Berlin demonstrierten Fälle dieser Krankheit an (Köbner, Israel, Holländer, Lassar) und bespricht die Histiogenese.

Holländer hat 4—5 Fälle dieses Leidens gesehen, und zwar ausschliefslich bei Semiten.

5. Ledermann demonstriert die von Tappeiner und Jesionek angegebene Wirkung der **Beleuchtung eosinbestrichener Lupusstellen** (5%ige wässerige Lösung). Nicht nur an ulcerierten, sondern auch an epidermisbedeckten, oberflächlich sitzenden Knötchen sieht man durch die Einwirkung des Tageslichts eine elektive, scharf umschnittene Wirkung. Auch auf einen flachen Hautcarcinom wurde eine deutliche Wirkung wahrgenommen.

Diskussion: Mayer erinnert an die Sensibilisierung der mit Finsenlicht zu bestrahlenden Herde durch Injektion der Farblösungen unter die Haut (dieser Band, S. 143).

6. Blaschko demonstriert zwei Fälle von **neurotischen Dermatosen.** a) Eine Krankenschwester, deren Leiden vor drei Jahren nach einer Orthoformdermatitis mit nachfolgendem universellen Ekzem begann; b) ein anämisches junges Mädchen, das seit mehreren Jahren an plötzlich eintretenden erythematösen Schwellungen im Gesicht und an den Extremitäten mit folgender seröser bis serösblutiger Sekretion leidet. Es fanden sich keine anderen hysterischen Stigmata, ebensowenig Anhaltspunkte für die Annahme einer artefiziellen Läsion. Vortragender vergleicht die Erscheinungen mit den Hautausbrüchen von Stigmatisierten.

7. Baum demonstriert eine in dasselbe Gebiet gehörende Affektion an den Armen eines kräftigen jungen Mädchens. Der Verlauf (Rötung, Blasenbildung, Heilung nach Eiterung in ca. sechs Wochen) hat sich bisher viermal im Laufe des letzten Jahres wiederholt. Auch hier wurde keine artefizielle Ursache gefunden, doch erinnert die scharfgeschnittene Umgrenzung an eine solche Entstehung. Andere nervöse und

hysterische Zeichen sind nicht nachweisbar. Vortragender betrachtet das Leiden als angioneurotisch bedingt, **neurotische Exkoriation.**

8. Blaschko demonstriert einen jungen Mann, der gleichzeitig an der Stirn **plane Warzen** und am Mundwinkel eine **papilläre Warze** trägt. Er bezieht diese beiden Bildungen auf dieselbe Ursache, welche, nach der verschiedenen Form des Papillarkörpers, an der Stirn flache, am Mundwinkel starkpapilläre Wucherungen entstehen läfst.

9. Michelsen bespricht mit Demonstration von zwei Fällen das Krankheitsbild der **idiopathischen Orchitis.** Diskussion vertagt.

10. Heller hält einen Vortrag über die **Pathogenese der glatten Atrophie des Zungengrundes,** in welchem er die Anschauungen F. Lessers (*Ver. f. inn. Med.* 1903) bekämpft. Diskussion vertagt.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Die seit Jahrhunderten viel erörterte Streitfrage, ob die Syphilis eine schon im Altertum bekannte oder eine neuzeitliche Krankheit der europäischen Kulturwelt ist, wurde am Freitag, den 5. Februar 1904, abends auf dem von der Berliner Ortsgruppe der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" veranstalteten Vortragsabend von Dr. Iwan Bloch, der diese Frage in seinem grundlegenden Werke über den „Ursprung der Syphilis" neuerdings mit den Hilfsmitteln der modernen Wissenschaft zu lösen versucht hat, in sehr interessanter Weise behandelt.

Im Beginne des Vortrages wies der Redner auf die grofse praktische Bedeutung der Frage hin, da die sichere Erkenntnis des neuzeitlichen Ursprungs der Syphilis auch die Hoffnung auf endgültigen Erfolg in der Bekämpfung und Ausrottung dieser Seuche bedeutend stärke und den Beweis liefere, dafs keinerlei geschlechtliche „Sünden" oder Laster sie hervorgerufen hätten. Redner verbreitete sich sodann über den unendlichen Segen einer systematischen Volksaufklärung hinsichtlich des Wesens und der Gefahren der Geschlechtskrankheiten und ging dann zu dem eigentlichen Thema, der Mitteilung seiner Forschungen über den Ursprung der Syphilis über.

Nach Bloch lassen sich für eine Existenz der Syphilis im Bereich der alten Welt während des Altertums und Mittelalters keinerlei Beweise beibringen. Weder bei den antiken noch den mittelalterlichen Schriften findet sich die geringste Erwähnung der Syphilis. Auch hat man niemals einen syphilitischen Knochen aus diesen Epochen aufgefunden. Das erste Auftreten der Syphilis von epidemischer Form knüpfte sich an den Feldzug Karl VIII. von Frankreich nach Italien in den Jahren 1494 und 1495. Redner schilderte die Umstände, die die plötzliche Verbreitung dieser ersten Syphilisepidemie begünstigten, besprach die näheren Einzelheiten derselben und ging dann zu einer Darstellung des eigentlichen Ursprungs der Syphilis über, die, wie er in überzeugender Weise nachwies, aus Zentralamerika, speziell Haiti, durch die Mannschaft des Columbus nach Spanien eingeschleppt worden ist, wofür als Hauptgewährsmänner die Berichte des Arztes Diaz de Isla, des Schriftstellers Oviedo, des Bischofs Las Casas u. a. mitgeteilt wurden. Auf der anderen Seite brachte der Redner einwandsfreie Zeugnisse für das Bestehen der Syphilis auf dem Festlande von Amerika in der Zeit vor Columbus bei, wo in Mexiko bereits eine wissenschaftliche Medizin sich entwickelt hatte, und schilderte sodann die Ausbreitung der Syphilis in der alten Welt, wo sie überall als eine neue Krankheit in bösartigster Form auftrat. Grofses Interesse erregten die Ausführungen des Vortragenden über die kulturgeschichtliche

Bedeutung der Syphilis als spezifischer Krankheit der Neuzeit, sowie die zum Schlusse gegebenen hoffnungsvollen Ausblicke auf das endgültige Verschwinden der Krankheit, an das schon Männer wie Virchow geglaubt haben.

Es wurde mitgeteilt, dafs die diesjährige Jahresversammlung der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" am Sonntag, den 6. März, vormittags 11 Uhr im Berliner Rathause stattfinden werde.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XIV, Heft 10—12. Band XV, Heft 1.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Harnröhrenstrikturen auf Grund einer Reihe von 400 Fällen, von R. Christen. Verfasser bearbeitete die in 20 Jahren, von 1882—1902, an Burckhardts Klinik zur Beobachtung gekommenen Strikturfälle. Der Ätiologie nach überwiegen bei weitem die blennorrhoischen Strikturen (364), ferner kamen traumatische und kongenitale, artefakte und tuberkulöse vor, endlich noch spastische und urische; bei ersteren spielt die nervöse Veranlagung eine wichtige Rolle, in drei Fällen bestand ausgesprochene Arthritis urica, die zur Entstehung der Striktur Veranlassung gegeben haben soll. Die Diagnose wurde durch Sondenuntersuchung oder Urethroskop gestellt. Meist fand sich nur eine Striktur, doch in 14,5% mehrere. Ihrem Sitze nach safsen die meisten in der Pars membranacea und bulbosa. Die Beschaffenheit war nach Ursache und Alter eine sehr verschiedene, dementsprechend ebenso die subjektiven Beschwerden. Komplikationen und Begleiterscheinungen gab es eine grofse Menge. Verfasser bespricht dann ausführlich die Symptomatologie an der Hand seiner Fälle und kommt dann zu dem wichtigen Teil der Arbeit: zur Behandlung. Bevorzugt wurde im allgemeinen die allmähliche Dilatation eventuell nach vorhergehender Meatotomie, im allgemeinen bis Ch. 30 und 32, die besonders in Verbindung mit der endoskopischen Behandlung recht gute Resultate ergab. Einige Male wurde die Urethrotomia externa mit gutem Erfolge ausgeführt, zum Teil mit Exzision der kallösen Massen und nachfolgender Urethroraphie. Die Urethrotomia interna gab weniger gute Resultate, da meist Rezidive erfolgten, doch ist sie auch von Nutzen, wenn sie im Endoskop unter Kontrolle des Auges ausgeführt werden kann. Komplikationen der Behandlung waren zahlreich, am meisten trat prozentuell das Urethralfieber hervor. Vier Fälle endeten durch Sepsis letal. Ein sehr ausführliches Literaturverzeichnis ist der schönen Arbeit beigefügt.

Zur Behandlung circumskripter periurethraler blennorrhoischer Infiltrate mit Röntgenstrahlen, von R. Kaufmann. Verfasser behandelte drei Fälle, in denen sich einer akuten Blennorrhoe ein circumskriptes periurethrales Infiltrat anschlofs, mit Röntgenbestrahlungen (Abstand der Röhre 10—20 cm, 10 Minuten Dauer). Schon nach wenigen Bestrahlungen war eine deutliche Rückbildung des Infiltrats zu konstatieren, das dann bald vollkommen verschwand.

Elektrisches Element zur medizinischen Beleuchtung, von L. Imbert. An Stelle der schwer transportablen und oft unzuverlässigen Akkumulatorenbatterie hat Verfasser einen kleinen tragbaren Apparat konstruiert, von der Gröfse eines Paquelinkastens und 2½ kg Gewicht, der 12 kleine Elemente (welcher Art, sagt er nicht, es scheinen Trockenelemente zu sein) und einen Rheostaten enthält. Die Elemente geben

einen Strom von 1 Ampère Stärke und 15 Volt Spannung, genügen also vollständig für endoskopische Beleuchtungskörper; sie lassen sich leicht und billig auswechseln; bei längerem Benutzen ermüden sie etwas durch Polarisation, erholen sich aber bald, wenn sie sich etwas ausruhen.

Die Entwicklung der Urologie, von R. Rörig. Verfasser gibt in dem auf der Kasseler Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrage eine Übersicht dessen, was in Wildungen in unserer Wissenschaft geleistet wird.

Beiträge zur chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritis, von C. Stern.

Über eingesackte Harnsteine (Steine des prostatischen Teils der Harnröhre), von Englisch. Verfasser unterscheidet 1. Konkretionen der Vorsteherdrüse, 2. eingelagerte Steine und 3. eigentliche Divertikelsteine.

1. Die Prostatasteine sind nicht der Ausfluſs einer Erkrankung der Vorsteherdrüse, sie bilden anfangs erdige Massen, die einen Drüsenfollikel ausfüllen, sie bilden anfangs rundliche Massen, wachsen durch schichtweise Anlagerung und nehmen so unregelmäſsige Formen an, ihre Gröſse und Zahl ist sehr verschieden, danach auch die Symptome und Beschwerden, die sie verursachen, zumal wenn Komplikationen, wie Striktur, Hypertrophie, oder gleichzeitig Blasensteine vorhanden sind; im allgemeinen fällt die Geringfügigkeit der Beschwerden auf. Die Diagnose wird gestellt durch Palpation vom Mastdarm aus und durch Sonden- bezw. Katheteruntersuchung, in neuester Zeit auch durch Röntgenstrahlen. Die Therapie besteht entweder in Ausziehen des Steines von der Harnröhre aus mit den verschiedensten Zangen, oder in operativer Entfernung vom Damm aus.

2. Eingelagerte Steine des prostatischen Teils der Harnröhre werden entweder da gebildet oder bilden sich aus kleinen Nieren- und Blasensteinen, resp. Prostatasteinen, die dort stecken geblieben sind, oder um Fragmente nach Zertrümmerungen, die dort festgehalten wurden. Sie kommen besonders nach Steinschnitten vom Perineum aus und bei Harnröhrenstrikturen vor. Die lokalen Beschwerden, welche durch sie verursacht werden, sind meist stärkerer Art, es sind die der Cystitis und Striktur, oft auch Störung der Geschlechtsfunktion. Erkannt werden sie durch Sondenuntersuchung, oft auch endoskopisch. (Schluſs folgt.) *F. Hahn-Bremen.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band 2. Heft 4.

1. **Die Blennorrhoe der Prostituierten**, von Gustav Baermann-Breslau. Es ist nach den Erfahrungen und weitgehenden Untersuchungen, die der Verfasser an Prostituiertenmaterial angestellt hat, unbedingt erforderlich, daſs diese weiblichen Personen häufiger und dann genau auf Tripperkeime untersucht werden. In 90% der Fälle, wo sich positive Gonokokkenbefunde ergaben, fehlten die entsprechenden klinischen Erscheinungen, auf Grund deren eine Infektiosität zweifellos sich hätte feststellen lassen. Man darf deshalb die Forderung erheben, daſs in jeder Woche zweimal das Sekret der Harnröhre und des Gebärmutterkanals, sowie der Glandulae Bartholinianae und einmal in der Woche der Mastdarm auf Gonokokken geprüft werden. Nach Ansicht des Verfassers lassen sich in vier Stunden 40 Frauenspersonen mit der nötigen Gründlichkeit untersuchen. Nach Blaschko vermag ein Arzt mit einem Assistenten pro die 30—40 Prostituierte in der oben angegebenen Ausführlichkeit zu untersuchen, nach Jadassohn bedarf ein Arzt mit einer geschulten Wärterin zweier Stunden für 15—20 Prostituierte. Für wichtig hält es der Verfasser, daſs derselbe Untersuchungsarzt sein ständiges Prostituiertenmaterial behält. Gerade die

Kenntnis der Vorgeschichte wird sein Urteil klären und seine Arbeit verkürzen. Auch die Veteraninnen der Prostitution erkranken noch häufig genug an Tripper. Das lange Arbeiten im Gewerbe gibt viel weniger Schutz gegen neue blennorrhoische Erkrankungen, als man früher anzunehmen geneigt war. Chronische Fälle mit cervikalen Katarrhen, die oft erst nach schweren Akten infektiös werden, eignen sich zur poliklinischen Behandlung. Krankenhausbehandlung kann hier entbehrt werden. Das wird auch insofern von günstiger Wirkung sein, als zu rigoroses Vorgehen beim Hospitalisieren der Weiber nur die unerwünschte Folge hat, dafs die geheime Prostitution die offizielle übersteigt.

2. **Kurpfuscherei und Geschlechtskrankheiten**, von Landgerichtsrat Kade. Der Senatspräsident Flügge im Reichsversicherungsamt definiert die Kurpfuscherei als „diejenige Behandlung eines Kranken durch nichtärztlich gebildete Personen, die im Widerspruche zu ärztlichen Zulassungen oder Anordnungen steht oder stehen würde, wenn der Arzt um sie gewufst hätte". Das Kurieren von Kranken ist durch die Gewerbeordnung gestattet, es wird erst durch seine fehlerhafte Ausführung zur Kurpfuscherei, d. h. sobald es gegen die Prinzipien der Heilkunde verstöfst. Dafs der Arzt letztere beachtet, dafür liegt eine Gewähr in seiner Approbation. Beim Nichtarzt liegt keinerlei solche Gewähr vor. Trotzdem erfreut sich derselbe der gleichen Rechte wie der Arzt. Letzterem ist aufserdem manches durch Standesrücksichten und ethische Bedenken versagt, dessen sich der Nichtarzt bedient. Dies bedeutet die gröfste Ungerechtigkeit der Gewerbeordnung. Ein Fehler bei der Krankenbehandlung trifft den Arzt schwerer als den Nichtarzt. Letzterer erhält vor Gericht noch den Schutz der mangelnden Kenntnis und Bildung. Ersterer wird auch in seiner Tätigkeit durch keinerlei behördliche Kontrolle beschränkt. Auch wird ihm, was doch sonst bei allen Gewerben erfolgen kann, falls er sich als unzuverlässig erwiesen hat, nicht einmal die weitere Ausübung seiner Tätigkeit untersagt. Gegen diese Mifsstände vermag nur eine Änderung der gesetzlichen Bestimmungen Abhilfe zu schaffen. Äquivalent der Approbation des Arztes müfste für die Kranke behandelnden Nichtärzte eine polizeiliche Genehmigung dazu geschaffen werden. Es mufs auch durch das Gesetz eine bestimmte Begriffsbezeichnung für solche Nichtärzte geschaffen werden, die sich heute Naturheilkundige oder Naturheiler nennen, ohne dafs irgendwelche Vorbildung bei ihnen vorhanden zu sein braucht. Wie steht es dagegen mit einer Person, die sich Heilgehilfe nennen will? — Dieselbe mufs erst einer Prüfung sich unterziehen. Der Heilkundige ist über solche Anforderungen erhaben. Vor allem aber sind berufliche Behandlung und Reklame den krankenbehandelnden Nichtärzten zu beschneiden. „Der Kurpfuscher darf annoncieren, der Arzt nicht. Wer bei so ungleichen Waffen in unserem papiernen Zeitalter siegen mufs, liegt auf der Hand." Die Heiltätigkeit anzupreisen, darf deshalb weder dem Arzt, noch dem Nichtarzt gestattet werden. Die Fernbehandlung ist ferner zu untersagen und dem Nichtarzte die Führung eines von der Behörde zur Kontrolle einsehbaren Krankenjournals aufzuerlegen.

3. **Inwieweit können die Krankenkassen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beitragen?** von Albert Neisser-Breslau. Die Krankenkassen haben ein finanzielles wie soziales Interesse an der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Vor allem müssen sie über ihre Venerischen gute, gewissenhafte Statistiken anlegen. Dieselben werden, nachdem das neue Krankenkassengesetz erlassen ist, das die Geschlechtskranken den übrigen Leidenden in jeder Weise gleichstellt, hoffentlich erst recht brauchbar werden. Natürlich müssen zu obengenanntem Zweck die Angaben betreffs der Diagnose seitens der Ärzte auch ganz zuverlässig sein. Bisher gaben die letzteren oft nur Diagnosen wie Hautleiden, Mundkrankheit an, um das Leiden der Kranken nicht bekannt werden zu lassen. Die Pflicht des Schweigens über das im

Berufe Erfahrene sollte durch Gesetz auch den Krankenversicherungsbeamten auferlegt werden. Der Arzt wird aber seinerseits nur dann genügend geschützt seiner Pflicht der allgemeinen Berufsverschwiegenheit gegenüber, wenn die Krankenkassen ihren Mitgliedern Erklärungen zur Unterschrift vorlegen, durch welche der Kassenarzt dieser seiner Schweigepflicht für nötige Mitteilungen an den Kassenvorstand ein für allemal entbunden wird. Die Kassen müssen ferner gegen das Kurpfuschertum, nicht zum letzten in ihrem eigenen Interesse, Stellung nehmen. Der Pfuscher vermag keine richtigen Angaben zu machen, also auch seinerseits nicht zur Aufstellung vorerwähnter Statistik beizutragen. Er vermag auch bei manchen Leiden die Frage, ob Erwerbsunfähigkeit vorliegt oder nicht, zweifelohne nicht zu entscheiden und wird somit oft die Kasse direkt in ihren Finanzen schädigen können. Ferner fordert Neisser die Anstellung weiblicher Ärzte für Patientinnen, die sich an der Untersuchung durch männliche Ärzte stoßen. Die Hauptquelle der Ansteckung stellen die Männer dar. Diese ist in sanitärer wie moralischer Hinsicht aufzuklären. Bei dem weiblichen Teil der Bevölkerung heißt es außerdem noch, ihn vor dem allmählichen Neigen zur Prostitution zu schützen. Auch hier wären belehrende Vorträge sehr am Platze. Dieselben wären für Frauen und Männer getrennt abzuhalten. (Schluß folgt.)

Hopf-Dresden.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Band 22. Januar 1904.

I. **Protozoen in einem Falle von tropischem Geschwür („Aleppo-Beule")**, von J. H. Wright. Die Krankheit besteht aus einzelnen oder multiplen, erhabenen, indurierten Hauteffloreszenzen, welche in Ulceration übergehen und gelegentlich mit Narbenbildung abheilen. Sie zeigen große Ähnlichkeit mit gewissen Formen von Hauttuberkulose und Syphilis. Die Efflorescenzen treten gewöhnlich an nicht durch die Kleidung geschützten Stellen auf.

Histologisch ist die Krankheit charakterisiert durch circumskripte Infiltration des Coriums und des subcutanen Gewebes mit Zellen, gleichzeitig durch Hypertrophie, Atrophie und Schwund der Epidermis. Die Affektion dauert Monate oder ein Jahr und länger. Sie ist endemisch nur in tropischen und subtropischen Ländern und wird dort allgemein für eine infektiöse, von einem Individuum auf das andere übertragbare Krankheit gehalten, während sie in Wirklichkeit doch nicht im eigentlichen Sinne des Wortes kontagiös ist. Wahrscheinlich sind die Mosquitos und andere Insekten die Träger des infektiösen Agens. Als solches sind von verschiedenen Beobachtern Pilze, Bakterien und Protozoen in den Efflorescenzen beschrieben worden.

Nach einem Überblick über die einschlägige Literatur teilt Verfasser die Krankengeschichte eines neunjährigen Knaben, der mit tropischem Geschwür behaftet war, mit. Die erkrankte Partie an der linken Wange wurde exzidiert und sowohl histologisch wie bakteriologisch untersucht. In Ausstrichpräparaten waren eigentümliche Gebilde mehr oder weniger deutlich sichtbar. Die meisten sind rund, scharf konturiert, einige wenige zeigen ovale oder längliche Gestalt. Sie treten in großen Haufen auf, liegen intracellulär und bei Fixierung mit Methylalkohol und nachheriger Färbung mit der Romanowskyschen Farbflüssigkeit zeigen die Gebilde im Innern eine größere peripherische Masse von variabler Gestalt und eine kleinere, meist runde oder stabförmige, die tiefer bläulich gefärbt sind als jene. Das Zentrum der Gebilde erscheint gegenüber der Peripherie fast farblos.

Verfasser weiß nicht, ob er die Gebilde zu den Protozoen zählen soll. Er schlägt für diese die Bezeichnung „Helcosoma tropicum" vor.

II. **Eigentümliche Einschlüsse im lupusähnlichen Gewebe**, von JOHN T. BOWEN - Boston. Ein 18jähriges, von gesunden, amerikanischen Eltern stammendes Mädchen, dessen fünf jüngere Geschwister sämtlich gesund sind, verbrannte sich vor einem Jahre etwa leicht an der Beugeseite der Endphalanx des linken Daumens. Als die Brandwunde fast heil war, stach sich die Patientin zufällig an derselben Stelle mit einem Messinghaken. Es entstand ein Abscefs, der sich spontan öffnete, aber anstatt abzuheilen, sich weiter ausdehnte und allmählich die gegenwärtige Beschaffenheit annahm. Man sieht jetzt eine die ganze Endphalanx des linken Daumens einnehmende Ulceration mit papillomatösem, fungösem, weichem Grunde, teilweise frei daliegend und leicht blutend, teilweise mit Krusten bedeckt.

Vor sieben Monaten etwa bekam die Patientin an der Oberlippe eine kleine Papel, die ulcerierte und eine papillomatöse Beschaffenheit annahm. Gleichzeitig schwollen die Submaxillardrüsen an. Auf dem Kinn entwickelte sich eine ähnliche Papel, die denselben Prozefs durchmachte. Das Allgemeinbefinden des blassen, dürftig genährten Mädchens ist nicht gestört.

Die histologische Untersuchung eines von der Lippe und vom Daumen exzidierten Stückchens der affizierten Stelle ergab ein normal dickes Stratum corneum mit Massen von Leukocyten hier und da zerstreut. Das Stratum granulosum war stellenweise verdickt. Die Retezapfen reichten tief ins Corium hinein, während die enorm verlängerten Papillen hoch in die Epidermis emporragten. In den unteren Schichten des Rete waren zahlreiche polymorph - nukleäre Leukocyten zerstreut. Die obere Corium- und die Papillarschicht ist durchsetzt von dichten Zellenhaufen, die aus grofsen Plasma-, Lymphoid- und Epithelialzellen gebildet werden. Hier und da, nicht in jedem Schnitte, fanden sich typische LANGHANSsche Riesenzellen, in welche eigentümliche Gebilde eingeschlossen waren. Diese Gebilde waren jedoch auch frei im Gewebe wahrzunehmen und hatten im allgemeinen eine runde oder länglich-ovale Gestalt. Sie färbten sich tief durch verschiedene Reagentien, jedoch nicht durch solche, die elastische Fasern färbten. Mit polychromem Methylenblau nehmen sie eine bläulichgrüne Farbe an. Bei mit Hämatoxylin gefärbten Schnitten verloren diese Gebilde, wenn etwas Salzsäure zugesetzt wurde, sofort ihre Färbung.

Tuberkelbacillen finden sich nirgends in den Geweben.

Der Fall ist interessant, weil er klinisch das Bild einer Blastomykosis darbot, histologisch in vieler Beziehung an Tuberkulose erinnerte.

III. **Ein Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria**, von G. W. WENDE-Buffalo. Ein fünfjähriger, robuster Knabe leidet seit seinem achten Lebensmonate an Epilepsie. Er ist bei der Geburt vollständig kahl gewesen und hat erst mit dem dritten Lebensjahre einige spärliche Lanugohärchen bekommen. Die Hautaffektion trat vor zwei Jahren in Form von mittelgrofsen Blasen zuerst an den Fufssohlen, später auch an den Fingern auf. Akute entzündliche Erscheinungen fehlten hierbei ganz. Der Zustand war ein durchaus chronischer, besserte sich zeitweilig bis zum Abheilen der affizierten Stellen, um an anderen eine Exacerbation zu erfahren. Im Laufe der Zeit ist die Haut an Stellen, die dem Drucke ausgesetzt sind, so an den Fufssohlen, hypertrophisch, an anderen Stellen, z. B. an den Zeigefingern und Daumen, atrophisch geworden. Dieser Atrophie sind auch die Fingernägel verfallen. Es besteht gleichzeitig Hyperidrosis der Hände und Füfse.

Der Fall zeichnet sich vor anderen ähnlichen Fällen durch die Kombination der Epidermolysis bullosa mit totaler Alopecia und Atrophie der Endphalangen der Finger aus.

Wahrscheinlich handelt es sich hier um eine tropho-neurotische Störung.

IV. **Vitiligo, behandelt mit Finsen-Licht**, von D. W. Montgomery-San Francisco. Ein 19jähriger, vollblütiger Mexikaner konsultierte den Verfasser im Januar 1903 wegen eines Fleckenausschlages, den er seit seinem fünften Lebensjahre hatte und der sich nach und nach über die ganze freiliegende Haut verbreitete. Es ist, wie Verfasser feststellte, das typische Bild einer Vitiligo, charakterisiert durch weifse Hautstellen, deren Umgebung stärker pigmentiert ist. Desquamation besteht nicht; subjektive Symptome fehlen. Einige Verwandte des Patienten sollen eine ähnliche Affektion gehabt haben. Das Allgemeinbefinden des jungen Mannes ist in keiner Weise gestört. Irgendwelche Anzeichen einer Dyskrasie sind nicht vorhanden. Im April desselben Jahres beschlofs Verfasser, nachdem die Vitiligo unter den bisher angewandten Mitteln unbeeinflufst geblieben war, den Patienten mit Finsen-Licht zu behandeln. Es wurden zunächst nur die entstellenden Partien des Gesichtes und an den Händen bestrahlt. Eine einzelne Stelle wurde zehn Minuten lang, und zwar hauptsächlich mehr an der peripherischen, stärker pigmentierten Partie dem Lichte exponiert, bis eine Reaktion nach Art des Sonnenbrandes erzielt wurde. Einige Flecke, namentlich solche neueren Datums, zeigten, sobald die entzündliche Reaktion zurückgegangen war, eine bedeutende Besserung. Jede Stelle wurde in neun Sitzungen etwa fünfmal bestrahlt. Hierauf entzog sich der Patient der Behandlung. Im September teilte er dem Verfasser brieflich mit, dafs alle Flecke im Gesicht und an den Händen fast vollständig verschwunden seien.

Wenn man die Hartnäckigkeit der Vitiligo in Betracht zieht, so mufs man den zweifellosen Erfolg, der durch die Finsen-Therapie hier erzielt worden ist, freudig begrüfsen.

Von Interesse ist die Beobachtung des Verfassers, dafs in einem Falle von Chloasma, das man in gewisser Beziehung als Antithese der Vitiligo ansehen mag, durch die Finsen-Therapie eher eine Vermehrung als Verminderung der Pigmentation eingetreten ist.

V. **Ein Fall von fingiertem Ausschlage**, von W. S. Gottheil. Ein 28jähriges, stark hysterisches, seit der Kindheit heiseres Weib bekam in den letzten Jahren wiederholentlich nervöse, mit Erbrechen und Diarrhoe einhergehende Anfälle. Dieselben kehrten in zwei- bis dreiwöchentlichen Intervallen wieder und dauerten einige Tage. Im Verlaufe einer solchen Attacke zeigten sich die ersten Erscheinungen des Ausschlages in Form von wasserhellen Bläschen, die gröfser wurden, aufbrachen, schliefslich rote, allmählich verblassende Flecke hinterliefsen. Die auffallende, ja ganz bizarre Konfiguration der Blasen, Streifen, Bänder, welche die Patientin am ganzen Körper zeigte, brachte auf den Gedanken, dafs es sich um einen rein artifiziellen Ausschlag handeln könnte. Als Verfasser Stamm und Extremitäten mit Binden einwickeln wollte, um jede Berührung zu verhindern, entzog sich die Patientin der Behandlung. Aus verschiedenen Antworten, die Verfasser auf seine zur Eruierung der Wahrheit gerichteten Fragen erhalten hatte, war es fast zweifellos, dafs die Frau, um sich interessant zu machen, mit reiner Karbolsäure den Ausschlag künstlich hervorrief.

VI. **Navys phototherapeutischer Apparat** ist leicht transportabel, kann ohne Schwierigkeit in der Wohnung der Patienten gebraucht werden, besitzt eine zweimal so grofse Kraft und verursacht die Hälfte der Kosten anderer ähnlicher Apparate.

VII. **Versuch einer Erklärung der Natur und des Charakters der X-Strahlen**, von M. L. Heidingsfeld - Cincinnati. Die neue Theorie des Verfassers basiert auf Faradays Annahme eines vierten Zustandes der Materie. Nach Faraday gibt es aufser der festen, flüssigen und gasförmigen noch eine strahlende Materie. Sie unterscheidet sich von der gasförmigen dadurch, dafs ihre Moleküle gleichsam die

denkbar „freieste Bahn“ haben und unter günstigen Bedingungen mit verhältnismäfsig geringen Kollisionen überall hindringen können. Ein X-Strahl ist strahlend aktive Materie, bestehend nach der Theorie des Verfassers aus kleinsten Platinumpartikelchen, welche ursprünglich von der in höchster elektrischer Spannung befindlichen Anodenscheibe ausströmen und mit Leichtigkeit den einschliefsenden Glasraum und dann alle sich entgegenstellenden weichen und mittelharten Substanzen durchdringen.

Eine Bekräftigung findet diese Theorie in der engen Analogie, welche zwischen den X-Strahlen und den radioaktiven Eigenschaften des Uranium, Radium, Polonium und ihnen verwandten Substanzen besteht.

VIII. **Die Vergänglichkeit des Wortes „Ekzem“**, von J. N. Hyde-Chicago. Die Nomenklatur der alten Dermatologen hat sich unter den wissenschaftlichen, histologischen und bakteriologischen Ergebnissen mit Recht oder Unrecht mannigfache Änderungen gefallen lassen müssen. So hat das altehrwürdige „Ekzem“, um das soviel gestritten und gekämpft worden ist, durch die Bezeichnung „Dermatitis“ mit soundsoviel langatmigen, erläuternden Epithetis eine wesentliche Einschränkung erfahren und ist beinahe nur noch ein vager, unbestimmter Ausdruck geworden, mit dem man sich in zweifelhaften Fällen aus der Verlegenheit hilft.

C. Berliner-Aachen.

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1903. Band III, Nr. 24.

Der Gesundheitszustand der einzelnwohnenden Pariser Kontrollmädchen in dem Zeitraum von 1872 bis 1902 in Beziehung auf Syphilis. Der Einfluſs der mehr oder minder häufigen Sistierungen auf den Gesundheitszustand derselben, von L. Butte-Paris. In einer früheren Arbeit hat Verfasser nachgewiesen, daſs in den letzten 30 Jahren die Syphilis bei den Bordellmädchen ganz erheblich an Ausbreitung zurückgegangen ist. In der vorliegenden Veröffentlichung bietet er den statistischen Nachweis, daſs dies auch bei den nicht kasernierten Prostituierten der Fall ist. Während die Zahl der bei den zweimal monatlich in der Poliklinik sich zur Untersuchung einstellenden Inskribierten von 2583 (im Jahre 1872) auf 5925 (im Jahre 1902) stieg, fiel die Zahl der Syphilisfälle von 182 (resp. 241 im Jahre 1878) auf 72 (resp. 44 im Jahre 1899). In Prozenten ausgedrückt, bedeutet das eine Abnahme von 7,2 % auf 1,2 %. Den naheliegenden Einwand, daſs die erkrankten Puellen es möglichst vermeiden werden, sich zur Untersuchung zu stellen, bekämpft B., indem er nachweist, daſs trotz schärferer polizeilicher Kontrolle mit einer wesentlich höheren Zahl von Arretierungen auch bei den Inhaftierten der Prozentsatz der Syphiliserkrankungen ganz enorm zurückgegangen ist. Er erklärt dieses günstige Resultat gerade in erster Linie durch diese Verschärfung der Polizeiaufsicht und ferner durch den Fortschritt im Bildungsgrade der Prostituierten und die allmählich verbesserten bygienischen Zustände.

1904. Band IV, Nr. 1.

Die syphilitischen Läsionen der Nabelschnur, von R. Labusquière. Verfasser bespricht die Untersuchungen von Bondi an der Wiener Frauenklinik, welcher als charakteristisch für diese Anomalie unregelmäfsig verteilte, exsudativ entzündliche Veränderungen an den Gefäfswänden der Nabelschnur feststellte. Es handelte sich um eine seröse Imbibition der mittleren Schichte der perivaskulären Sülze und um eine Infiltration von polynukleären Leukocyten zwischen den Muskelbündeln, welch letztere auseinander gedrängt und manchmal nekrotisiert sind. Eigene Untersuchungen hierüber scheint L. nicht angestellt zu haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1903. Heft 12.

Ein Fall von Syphilis mit Manifestationen in den Knochen, Gelenken und in der Haut, sechs Jahre lang mit Tuberkulose verwechselt. Stellung der Diagnose auf Grund des Erfolges einer versuchsweise eingeleiteten antisyphilitischen Behandlung, von L. E. Lereddе und M. Pautrier. Ausführliche Mitteilung aus der Leidensgeschichte eines Mannes, der von seinem 23. bis zum 29. Lebensjahre als tuberkulös betrachtet und behandelt wurde. Die Krankheit begann mit der Bildung eines „kalten Abscesses" am linken Fufse, die Behandlung mit der Resektion des Capitulums des zweiten Metatarsalknochens. Bald darauf traten heftige Dolores osteocopi, besonders in der rechten Tibia, auf; dieselbe wurde aufgemeifselt, Eiter kam nicht zum Vorschein. Die nächsten Jahre brachten dann vielfache starke, sehr schmerzhafte, periostitische Schwellungen an den verschiedensten Teilen des Skeletts, insbesondere aber eine Schwellung, Rötung und Infiltration der Haut über dem rechten Fufsgelenk. Die Tuberkulininjektion, die zu dieser Zeit zur Sicherung der allerdings niemals angezweifelten Diagnose vorgenommen wurde, hatte ein positives Ergebnis. Es traten nunmehr auch Veränderungen an der Haut des rechten Unterschenkels auf, das erkrankte Fufsgelenk wurde sehr schmerzhaft und fast unbeweglich, es bildete sich „eine Art Abscefs", der klare, seröse Flüssigkeit enthielt. Der Kranke wurde mit Kauterisationen, Injektionen von Naphtol- und Kreosotpräparaten und vielen anderen Mitteln und Methoden behandelt, aber ohne jeden Erfolg, so dafs schliefslich die Amputation des Fufses in Aussicht genommen wurde. Nun kam der Patient zu den Verfassern. Diese konstatierten zunächst mit Hilfe einer Röntgenuntersuchung, dafs die Fufsknochen intakt waren. In der Haut des rechten Unterschenkels und Fufses fanden sich zahlreiche, blau verfärbte Schwellungen und Infiltrationen, sowie einzelne kleine, zum Teil mit Krusten bedeckte Ulcerationen, die keinen Eiter, sondern seröse Flüssigkeit secernierten; aufserdem wies ein Finger mehrere halbweiche Knoten auf. Irgend eine Spur der vorausgegangenen Krankheitserscheinungen an Knochen und Gelenken war nicht vorhanden. Der ganze Befund sprach gegen Tuberkulose. Es wurde daher zur Probe eine Kalomelinjektion gemacht, und schon nach acht Tagen war eine augenfällige Besserung eingetreten. Damit war es klar geworden, dafs es sich um Syphilis handelte, und nach einer einmonatlichen Injektionskur, zu der Hermophenyl in Dosen von 0,06—0,1 verwendet wurde, war der Mann geheilt. Eingehendes Befragen ergab hinterher, dafs ein Jahr vor dem Beginn der Krankheit in einem Augenlide mehrere Wochen hindurch ein eigentümlicher Knoten vorhanden gewesen war; vielleicht war das eine Sklerose gewesen. — Anschliefsend an diese Mitteilung betonen die Verfasser, dafs sich zur antiluetischen Probebehandlung nur die am energischsten wirkenden Kalomelinjektionen in einer Dosis von 0,1 Kalomel eignen.

1903. Heft 10—12.

Die interne Behandlung der Hautkrankheiten, von Lereddе. An Tatsächlichem bringt der ausführliche Artikel nichts Neues, enthält aber doch viel Interessantes und Lesenswertes, namentlich in seinem ersten Teile, der von dem gerade in Frankreich so viel ge- und, wie auch L. betont, mifsbrauchten Worte „Diathese" handelt.

Göts-München.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1903. Heft 5.

Beitrag zum Studium der Elephantiasis Arabum, von Carmelo Calderone. Es ist viel über die Ätiologie der Elephantiasis der Araber und ähnlicher Zustände gestritten worden, ohne dafs in dieser Frage ein definitives Urteil abgegeben wurde. Einzelne Autoren haben die Affektion ausschliefslich von der Filaria sang. hominis abhängig machen wollen, andere haben den Erysipelas-Streptococcus, wieder andere den Malariaparasiten, den Pneumococcus, den Tuberkulosebacillus oder die gemeinen Eiterkokken als spezifische Agentien der Krankheit angegeben. Verfasser ist nun, gestützt auf zahlreiche Beobachtungen, der Ansicht, dafs alle diese Mikroorganismen eine ätiologische Rolle spielen können. In allen Fällen bleibt aber der pathologische Prozefs derselbe: Läsion der Lymphdrüsen, -gefäfse und -räume, erschwerte Lymphzirkulation, konsekutive Erweiterung der Bahnen, lymphatisches Ödem, embryonäre Proliferation in der Umgebung der Gefäfse und Bindegewebshypertrophie der Gewebe. Die unmittelbare Ursache der Affektion sind die Lymphangitiden, deren Varietäten so zahlreich sein können als die septischen oder toxischen Agentien, welche dieselben hervorzurufen vermögen. Eine Unterscheidung zwischen eigentlicher Elephantiasis und elephantiastischen Zuständen findet Verfasser somit als vollständig überflüssig.

Hämatologische Untersuchungen bei einigen Dermatosen (Fortsetzung), von E. Daccó. Auch für die Prurigo Hebra, den Lichen ruber planus und die Acne vulgaris ergeben diese Untersuchungen nichts besonderes Charakteristisches. Beim Lupus vulgaris und dem Sarcoma Kaposi wird natürlich ein mehr oder weniger ausgesprochener Grad von Anämie konstatiert.

Pemphigus und Pemphigoide (Fortsetzung), von F. Radaeli. Unter anderen Fällen wird einer beschrieben, der sich durch den besonderen Verlauf der Eruption auszeichnet: während sich der erste Anfall durch den Polymorphismus des Ausschlags (Erytheme, Bläschen, Blasen) mit Figuration der Elemente und leichtem Pruritus charakterisierte, trat nach einer leichten Remission ein heftiges Rezidiv auf und nach einer längeren Periode von anscheinender Heilung der Affektion ein weiteres Rezidiv, aber mit ganz verschiedenem Typus: die Eruption war diesmal ausschliefslich bullös, mit grofsen Blasen auf nicht erythematösem Grunde und mit serösem oder serös-hämorrhagischem Inhalte, ohne Pruritus; aufserdem bestand eine hämorrhagische Nephritis; als Ursache der letzteren konnte nun sowohl eine professionelle chronische Bleiintoxikation oder eine sekundäre Infektion angenommen werden. Der Fall verlief letal, und die mikroskopische Untersuchung des Nervensystems ergab nur das Vorhandensein einer vom Zentrum der Zellen ausgehenden Chromatolyse mit peripherer Verschiebung des Kernes in einzelnen Zellen der Clarkeschen Säulen. In einem anderen Falle war die Eruption (herpesartige oder kleinblasige, meist isolierte, seltener gruppierte Elemente auf gerötetem Grunde, ohne heftiges Jucken) kurz nach einem Abortus aufgetreten, hatte sich während einer Gravidität verschlimmert und besserte sich nach der Geburt, um sich dann wieder zu verschlimmern nach anhaltenden Metrorrhagien. Es bestand aufserdem bei der Patientin eine doppelseitige Salpingitis, weshalb man vielleicht an einen ätiologischen Zusammenhang zwischen der Genitalaffektion und der Eruption hätte denken können.

Ein Besuch im Finsenschen phototherapeutischen Institut in Kopenhagen, von Bellini. Nach einer Beschreibung der Finsenschen Anstalt, die Verfasser besucht hat, bespricht er die dort im Gebrauche stehenden Apparate von Finsen und Finsen-Reyn, indem er dabei für die ausführlicheren Details auf seine Spezialarbeiten verweist. Nachdem er dann auf die fundamentalen Mängel verwiesen hat, welche dem Apparat von Lortet und Genoud anhaften, kommt er auf seinen eigenen Apparat zu

sprechen, welcher folgende Vorteile in sich vereinigt: derselbe gestattet eine weit bedeutendere Annäherung der Frontallinse an das Bogenlicht (bis auf 2 oder 3 cm), indem er gleichzeitig dieselbe Lichtintensität liefert wie der Finsen-Reynsche, dabei aber die Anwendung von Linsen mit viel geringerem Durchmesser gestattet. Die Lichtabsorption wird bedeutend reduziert, indem das Licht einen viel kürzeren Weg durchzumachen hat. Mittels eines dioptrischen Apparates wird die Zerstreuung und Reflexion der Strahlen aufgehoben. Die Kompression zur Anämisierung der Gewebe ist während der ganzen Dauer der Sitzung eine konstante, automatische und läßt sich nach Belieben regulieren. *C. Müller-Genf.*

Bollettino delle malatti veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle.

1903. Nr. 10.

Zwei Jahre venereologischer Poliklinik, von C. Gallia. Seit 1901, wo diese Abteilung mit dem Turiner poliklinischen Institute vereinigt wurde, sind 952 Patienten behandelt worden, wovon einige mit verschiedenen Infektionen behaftet waren, so daß sich die Verteilung folgendermaßen gestaltet: Ulcera venerea 283, Urethritiden 392, Syphilis 272, verschiedene 498; die große Mehrzahl waren Männer. Die einzelnen Fälle bieten nichts besonderes Interessantes. Verfasser rühmt die vorzügliche Wirkung des Bleinitrates als Kaustikum beim Ulcus molle. Bei der Urethritis gibt er während der akutesten Periode innerlich Kopaiva, daß er allen anderen ähnlichen Präparaten weitaus vorzieht; später kommen hauptsächlich Protargol und Permanganat in Betracht. Bei Syphilis wurden die verschiedensten löslichen und einige unlösliche Quecksilbersalze angewendet, worunter er dem Sublimat den Vorzug gibt; bei tertiären Erscheinungen Kalomel. Zum Schlusse kommen die üblichen Vorschläge und frommen Wünsche zur möglichsten Einschränkung der Verbreitung der Syphilis und venerischen Krankheiten überhaupt. In diesem Sinne hat das „Komitee zur Verhütung der venerischen Krankheiten" eine kleine Broschüre ausarbeiten lassen, die in den Polikliniken verteilt wird und eine Reihe von gemeinverständlichen Erklärungen über die Manifestationen dieser Krankheiten, ihre Folgen nebst Verhaltungsmaßregeln enthält. Verfasser scheint hiervon ziemlich viel zu erwarten und wünscht, daß die Broschüre eine viel größere Verbreitung finden möchte.

1903. Nr. 11.

Das Gonorol bei der Behandlung der blennorrhoischen Urethritis, von d'Amato. Das Präparat ist ein alkoholisches Destillat des ostindischen Sandelholzöls, und hat dasselbe vor dem gewöhnlichen Sandelholzöl der Pharmakopoe den Vorteil, daß ihm die reizenden Eigenschaften auf den Darmtractus und andere Übelstände des letzteren nicht anhaften. In bezug auf die spezifischen Eigenschaften gegen Blennorrhoe kommen sich die beiden Präparate gleich.

1903. Nr. 12.

Ekzeme und Ekzemmestastasen mit besonderer Berücksichtigung der Therapie des Ekzems beim Kinde, von d'Amato. Nach einigen allgemeinen Betrachtungeu über die Ätiologie des Ekzems überhaupt, wobei der Verfasser konstatiert, daß in dieser Frage noch vollständige Uneinigkeit und Ungewißheit unter den Autoren besteht, kommt er auf das Kapitel der sogenannten Metastasen zu sprechen, worin er die Ansichten der französischen Schule teilt. Diese Metastasen sollen ganz besonders bei den Greisen und Kindern, und was die letzteren anbelangt hauptsächlich bei den ganz kleinen, vorkommen. Die wechselseitigen Beziehungen zwischen Ekzem und Affektionen der Respirationsorgane (Asthma, Bronchopneumonie usw.), Gicht und

Rheumatismus stehen für ihn aufser allem Zweifel, und betrachtet er demgemäfs die Dermatose als eine Reaktion der Haut gegenüber der Elimination toxischer Produkte. Er warnt denn auch vor der energischen und unbedachten Behandlung gewisser Ekzemformen, besonders der Ekzeme der Kopfhaut bei kleinen Kindern. Die Therapie ist demgemäfs hauptsächlich eine allgemeine, diätetische. Bei Säuglingen kommt die Ernährung der Amme in Frage. Die letztere soll wenig Fleischkost bekommen, dagegen Gemüse, Milch, Suppen, Früchte; Alkohol soll möglichst vermieden werden, ebenso Kaffee und Tee. Eine Lokalbehandlung der Eruption soll nur dann stattfinden, wenn sich der Allgemeinzustand bedeutend gebessert hat.

Der gegenwärtige Begriff der Tuberkulose. Die atypischen Hauttuberkulosen, von PAUTRIER. Als atypische Hauttuberkulosen bezeichnet Verfasser diejenige Gruppe oder Gruppen von Hauttuberkulosen, die man seit einigen Jahren unter dem Begriffe von „Tuberkuliden" zusammengefafst hat. Die Bezeichnung „Tuberkulide" wünschte er eliminiert und durch „atypische Hauttuberkulosen" ersetzt zu wissen; zwischen letzteren und der eigentlichen Hauttuberkulose existieren nur Intensitätsunterschiede; die Pathogenese bleibt für beide Gruppen dieselbe.

C. Müller-Genf.

Clinica dermosifilopatica della r. Universitá di Roma.

1903. Heft 3.

Fälle von Rhinosklerom; Kulturen eines Bacillus capsulatus; Einfluſs des letzteren auf die Erscheinungen von Fäulnis und peptischer Hydratation, von LANZI. Verfasser beschreibt zwei Fälle von Rhinosklerom und zieht daraus folgende Schlüsse: Der Nachweis eines Kapseldiplococcus auf der Nasenschleimhaut beim Rhinosklerom gelingt sehr leicht. Während man leicht Kulturen erhält von der Schleimhautoberfläche, ist es vorher noch niemals gelungen, solche aus der Tiefe der Gewebe zu gewinnen. Die RUSSELschen Körperchen hat er sehr oft vorgefunden. Für den Verfasser bildet der beschriebene Kapseldiplococcus des Rhinoskleroms keinen pathogenen Parasiten, sondern lediglich einen bei dieser Affektion häufigen Saprophyten, der ebenfalls bei anderen krankhaften Zuständen, sowie auch auf der gesunden Nasenschleimhaut angetroffen wird. Morphologisch stimmt der Parasit überein mit dem PFEIFFERschen Kapselcoccus; er verflüssigt aber in hohem Grade den Kulturboden. Die Glia ist weniger resistent als bei den saprogenen Kapselkokken, die sich im Pflanzenreiche vorfinden, sowie in faulendem Material. Da man unmöglich alle zahllosen Formen von Kapselkokken als Varietäten auffassen kann, so läfst sich als Basis für ihre Differenzierung die Resistenz der Kapselglia, die Form, Zahl und Färbbarkeit des Coccobacillus und eingeschlossenen Bacillus aufstellen, und nicht die groben morphologischen Merkmale der Kulturen. Auf die Vorgänge der peptischen Hydratation übt der Kapseldiplococcus keinen Einfluſs aus, wohl aber in gewissem Grade auf die putride Zersetzung der organisierten Albuminoide.

Pityriasis der Nägel mit Mikrosporon furfur; Schwierigkeit, Reinkulturen dieses saprogenen Parasiten zu erhalten, von CAMPANA. Verfasser hat zwei derartige Fälle beobachtet; in dem einen derselben bestand gleichzeitig eine hochgradige allgemeine Pityriasis des Körpers. Der Nagel war brüchig, aber nicht hypertrophiert, und desquamierte; einzelne Nägel waren vollständig, andere nur teilweise leukoplasisch. Die Dauer der Affektion ist eine sehr bedeutende, und zeigt die Krankheit keine Neigung zur spontanen Heilung. Die morphologischen Eigenschaften des Pilzes in der Nagelsubstanz sind ganz dieselben wie diejenigen der Hautparasiten. An den Füſsen hat man bisher die Affektion nicht gesehen. Wegen der Verunreinigung mit

anderen Parasiten war es bisher unmöglich, Reinkulturen zu gewinnen. Verfasser meint, dafs es sich in dem von DREUW beschriebenen Falle (*Monatsh. f. Derm. u. Syph.* 1903, Nr. 7) einer unbenannten Affektion wohl um Mikrosporon furfur gehandelt haben könnte.

Das Phänomen des Bubo bei der Entzündung der BARTOLINIschen Drüse, von DONATI. Verfasser konstatiert, dafs der Bubo bei der Entzündung der B.schen Drüse keine seltene Erscheinung ist, und ist er stets, falls keine anderen Komplikationen gleichzeitig bestehen, eine direkte Folge jener Entzündung. Weder der Bubo, noch die Entzündung der Drüse selbst können direkt dem blennorrhagischen Prozesse zugeschrieben werden, sondern es müssen beide als einfache septische Entzündung aufgefafst werden.

Über einige Fälle von Übertragbarkeit der Syphilis auf den Hund, von ANTONELLI. Von dem Verfasser in diesem Sinne angestellte Experimente an Hunden fielen negativ aus.

Die chemischen Urinexponenten beim Stoffwechsel einiger neurodermopathischer Patienten, von CAMPANA und CONDELLI. In dieser neuen Reihe von Untersuchungen in dieser Frage bestätigen die Verfasser die Befunde einer früheren Untersuchungsreihe, wobei sie eine Vermehrung der alkalischen Erden bei dieser Kategorie von Patienten nachgewiesen hatten.

Der Puls bei den tuberkulinisierten Dermopathen, von CAMPANA und SARACENI. Es handelt sich um Patienten, welche keine tuberkulösen Veränderungen und keine Herzaffektion darboten. Bei denselben wurde nun nach der Injektion von Tuberkulin eine Vermehrung der Pulsfrequenz konstatiert, welche mehrere Tage anhielt.

C. Müller-Genf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Hygiene.

Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, soweit eine solche durchführbar ist, von LUDWIG WEISS-New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 24. Jan. 1903.) Der auf dem Kongrefs der Amer. Med. Association im Jahre 1902 gehaltene Vortrag des Verfassers enthält kaum etwas Neues. Dafs die Reglementierung der Prostitution in Amerika nicht durchführbar ist, ist bekannt, ebenso dafs in New York sowohl wie im ganzen Lande für eine Versorgung der Geschlechtskranken von Staats wegen so gut wie nichts getan wird, dafs die Behörden in ihren statistischen Nachweisen die Rubrik Geschlechtskrankheiten überhaupt nicht kennen. Auch die Reformvorschläge des Verfassers enthalten nur Bekanntes. Trotzdem ist der Vortrag sehr interessant und lesenswert. Besonders verdient hervorgehoben zu werden, dafs hier zum ersten Male in Amerika in einer medizinischen Versammlung die individuelle Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten zur Sprache gebracht worden ist. Die Richtung der Vorschläge des Verfassers erhellt aus den nachfolgen Schlufssätzen:

Die Prostitution ist die Hauptquelle für Geschlechtskrankheiten; ihre Unterdrückung ist bei der heutigen moralischen Entwicklungsstufe der Menschheit unmöglich. Eine Einwirkung auf dem Wege der Moral allein ist ein erstrebenswertes Ideal, das aber keine Aussicht auf Verwirklichung hat. Die Reglementierung, wie sie in

europäischen Ländern gehandhabt wird, ist in Amerika undurchführbar, teils aus verfassungsrechtlichen Gründen, teils auch wegen ihres beschränkten hygienischen Wertes. Moralische Bemühungen (sozialen, ökonomischen, erzieherischen und gesetzgeberischen Charakters) im Verein mit sanitären Maßnahmen versprechen eher Erfolge. Da unter den gegebenen Verhältnissen sanitäre Maßnahmen erst nach erfolgter Ansteckung einsetzen können, so müssen vor allem die Hospitäler und Polikliniken ausreichend unterstützt werden, um Geschlechtskranke behandeln und so Quellen der Ansteckung verstopfen zu können. Das einzig anwendbare Mittel, um wenigstens zum Teil die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten zu verhüten, ist zurzeit die individuelle Prophylaxe; es ist die Pflicht eines jeden Arztes, sie zu empfehlen.

Namentlich dieser letzte Punkt fand in der dem Vortrag folgenden Diskussion lebhaften Widerspruch, namentlich von seiten Montgomerys, Anthonys und Stelwagons. Von allen Seiten wurde die Notwendigkeit einer besseren Ausbildung der Ärzte betont und die Ansicht ausgesprochen, daß eine sorgfältige moralische Erziehung der Jugend, dem Übel zu steuern, besonders geeignet sei. Einen positiven Erfolg hatten die Ausführungen des Verfassers trotzdem, nämlich die Annahme einer Resolution, in der Schritte empfohlen werden zur Einberufung einer großen Versammlung ähnlich den internationalen Brüsseler Konferenzen; es ist auch bereits eine Kommission zur Einberufung dieser Tagung eingesetzt worden.

A. Loewald-Kolmar.

Die venerische Infektionsgefahr im Knabenalter, von F. C. V. (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 4. Juli 1903.) Es ist in dieser mit Sorgfalt und großem Wohlwollen geschriebenen Broschüre der Versuch gemacht, ein kleines Werk zu schaffen, das den heranwachsenden Jüngling über die Entstehungsweise und die verheerenden Wirkungen der venerischen Krankheiten aufklären soll. Die Notwendigkeit einer solchen Belehrung begründet Verfasser mit dem Hinweis, daß die neuesten Erhebungen auf diesem Gebiete ergeben haben, daß etwa 1/5 aller Patienten in den Hospitälern von New York venerisch infiziert seien, und daß von der Bevölkerung der Stadt im ganzen etwa 200000 zurzeit als venerisch erkrankt bezeichnet werden müssen. Mögen die Ansichten über die sexuelle Frage, Abolutionismus u. dgl. auch sehr auseinander gehen, so ist jedenfalls nicht zu leugnen, daß sehr viele junge Leute aus Leichtsinn und namentlich aus Unwissenheit sich die schwersten Schädigungen ihrer Gesundheit zuziehen. In diesem Sinne ist diese Schrift, welche allerdings für den Arzt nichts Neues bringt, mit aller Anerkennung zu begrüßen. Der in der Versammlung der Association gemachte Vorschlag, dieselbe an möglichst viele Ärzte zu versenden, damit diese sie in geeigneten Fällen den heranreifenden Jünglingen zur Lektüre empfehlen, dürfte auch als durchaus zweckmäßig und Erfolg versprechend bezeichnet werden. Aus ethischen Gründen hat Verfasser nur mit seinen Initialen gezeichnet.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Einige Faktoren, durch welche exanthematische Dermatosen beeinflußt werden können, von J. Reid-London. (*Lancet.* 21. März 1903.) Verfasser schildert kurz drei Fälle aus seiner Praxis, um zu beweisen, daß: 1. das Überstehen einer Dermatitis durch Schaffung einer Pars minoris resistentiae die Entstehung weiterer Dermatosen begünstigt; 2. daß Rheumatismus und Gicht eine Neigung für cyanotische Hautkrankheiten herbeiführen; und 3. daß lokale Störungen die Entstehung von allgemeinen Ausschlägen begünstigen oder gar bewirken können.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einige bemerkenswerte Tumorbildungen aus der Tierpathologie, insbesondere über gutartige und krebsige Neubildungen bei Kaltblütern, von Ludwig Pick und Heinrich Poll. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 23—25.) Die Ergebnisse der Arbeit fassen wir dahin zusammen, dafs es nunmehr feststeht, dafs auch bei den Kaltblütern der Krebs beobachtet wird. Plehn konstatierte diese Krankheit bei Fischen, die Verfasser fanden sie bei Amphibien, wie dem Kryptobranchus japonicus. Einen Analogieschlufs läfst dies wohl auch auf das Vorkommen von Carcinomen bei den Reptilien zu. Epitheliale Neubildungen sind bei diesen jedenfalls beobachtet worden, so eine starke Struma thyreoidea bei einer Schildkröte. Die Krebsformen des Kaltblüters sind ebenfalls wie beim Warmblüter das „destruierende Adenom", der medulläre Krebs und das carcinomatöse Adenocystom.

Hopf-Dresden.

Das Verhalten der weifsen Blutkörperchen, besonders der eosinophilen Zellen bei einigen Erkrankungen der Haut, des Blutes und bei Infektionskrankheiten, von Reckzeh. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 77. Bd. 3. u. 4. Heft.) Von Interesse sind vor allem die Untersuchungen des Verfassers bei Quecksilberdermatitis. Die Leukocyten waren in allen Fällen vermehrt, doch setzte die Leukocytose erst allmählich ein, dagegen war die Eosinophilie sofort zu verzeichnen, um dann parallel dem Quecksilberexanthem auch abzunehmen. Die Prozentzahlen für die Eosinophilen sind in dem Blut der affizierten Hautparthie erheblich höher, als in dem Blut normaler Hautstellen. *F. Hahn-Bremen.*

Die Lymphdrüsen bei einigen Krankheiten mit Hautveränderungen, von Montesano. (*Clin. dermosifilop. della Univ. di Roma.* März 1902.) Verfasser beschreibt einige Fälle von Prurigo mit Drüsenschwellungen und einen Fall von Syringomyelie. Dann untersuchte er geschwollene Drüsen von Hunden, denen er vorher ein Stück des Nervus cruralis exzidiert hatte. Er findet, dafs man klinisch die pruriginösen Bubonen von denen entzündlicher Affektionen unterscheiden kann, und findet makroskopische und histologische Unterschiede bei trophischen Störungen an den Lymphdrüsen: dies findet sich ähnlich wie bei der pseudohypertrophischen Muskelatrophie ein Fettgewebe die Drüsen anfüllend. *F. Hahn-Bremen.*

Hautveränderungen in Verbindung mit raschem Knochenwachstum-Linea albicantes (Les vergetures de croissance, Jules Comby), von W. P. Northrup-New York. (*Med. News.* 31. Okt. 1903.) Zur Kasuistik dieser im allgemeinen seltenen Hautveränderungen, wobei die Haut ein Aussehen ähnlich wie bei den Schwangerschaftsstreifen annimmt. In dem vorliegenden Falle handelte es sich um ein 13 Jahre altes Mädchen, welches einen Typhus durchgemacht hatte und nach demselben die nicht seltene Folge aufserordentlich raschen Wachstums des Skeletts aufwies. Die Hautveränderungen befinden sich in diesem Falle symmetrisch über beiden Knien (siehe Photographie), in der Zahl von 20—50 in unregelmäfsigen Zickzacks je ca. 2 mm breite weifsliche Hautrisse darstellend. N. glaubt, dafs dieselbe Ursache hier eine Rolle spielt wie beim Auseinanderweichen der oberflächlichen Hautschichten zur Zeit der raschen Gröfsenzunahme des schwangeren Leibes, indem bei gleichzeitigem Zusammenwirken von jungem, vermehrtem Knochenwachstum, Typhus und langewährender horizontaler Lage die Haut mit den Knochen im Wachstum nicht Schritt halten kann und die oberflächlichen Risse die Folge sind. *Stern-München.*

Über eine der fettigen Metamorphose analoge Degeneration des elastischen Gewebes, von L. Jones-Bonn. (*Centralbl. f. allg. pathol. Anat.* 15. Nov. 1903.) Es ist Verfasser bei der Untersuchung von arteriosklerotischen Herden, welche mit Sudan oder Scharlachrot gefärbt waren, aufgefallen, dafs auch die elastischen Fasern

und Lamellen innerhalb der Degenerationsgebiete die rote Färbung annahmen. Weitere Färbungen mit Osmiumsäure, Orcein und der Kombination der Weigertschen Elastinfärbung mit Sudan, sowie die Untersuchung mit polarisiertem Lichte ergaben zwar nicht durchweg unzweifelhafte und beweisende Resultate, doch erscheint der Schluſs gerechtfertigt, daſs es sich hierbei in der Tat um eine primäre fettige Entartung der elastischen Fasern der Intima und bei weiter vorgeschrittener Atheromatose auch der Media handelt. Jedenfalls fanden sich an denselben sehr präzise Veränderungen, ein bestäubtes Aussehen wie bei albuminösen Trübungen der Herzmuskulatur oder den ersten Anfängen der fettigen Entartung, sowie die charakteristische Rotfärbung an kleinsten als Fettkügelchen zu deutenden Körnchen, schon an Präparaten, welche keinerlei Veränderung des Zellprotoplasmas erkennen lieſsen. Es liegt auf der Hand, daſs diese Beobachtung in mancherlei Hinsicht von erheblicher Bedeutung sein dürfte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die physikalischen Faktoren bei der Lichttherapie, von Barnard und R. Morgan. (*Brit. med. Journ.* 14. Nov. 1903.) Auf Grund von Experimenten und eigenen Beobachtungen gelangen die Verfasser zu dem Schlusse, daſs die wissenschaftliche Lichttherapie sich noch im Anfangsstadium befinde und die bisherigen bei manchen Krankheiten zweifellos erzielten Erfolge auf rein empirischen Erfahrungen beruhen. Welche Lichtstrahlen den therapeutischen Effekt hervorrufen, und wie dies geschieht, wissen wir zurzeit noch nicht. Dagegen sind die baktericiden Strahlen mit ziemlicher Genauigkeit festgestellt. *C. Berliner-Aachen.*

Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie, von H. Rieder. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 42.) Der auf der Naturforscherversammlung zu Cassel gehaltene Vortrag berücksichtigt natürlich auch die dermatotherapeutische Anwendung des Lichtes in seinen verschiedenen Gestaltungen. Hervorzuheben ist nur die Forderung, daſs überall Lupusheilstätten zur ambulanten Behandlung mit Finsenlicht eingerichtet werden mögen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie, von Rieder-München. (*Die med. Woche.* 1903. Nr. 50.) Die Wirkung der Sonnenbäder fällt den Wärmestrahlen zu, sie regen die Zirkulations- und Sekretionsvorgänge der Haut an. Von künstlichen Lichtsorten haben besonders das elektrische Glüh- und Bogenlicht in der praktischen Medizin Verwendung gefunden. Erstere haben besonders Schweiſswirkung, letztere sind Entzündung erregend und müssen möglichst konzentriert sein. Das rote Licht wirkt günstig bei Scharlach, Masern, Pocken. Die Röntgenstrahlen haben sich, wie bekannt, bei vielen parasitären Hautkrankheiten bewährt. Die gröſsten Erfolge hat die Lichttherapie beim Lupus vulgaris. Neues enthält der Aufsatz nicht.
Bernhard Schulze-Kiel.

Radiotherapeutische Beobachtungen, von Joseph Zeisler-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 21. Febr. 1903.) Verfasser ist erklärter Anhänger der Radiotherapie und berichtet über besonders günstige Erfahrungen bei Hypertrichosis, Sykosis, Akne in den verschiedensten Formen, bei Epitheliomen und bei Keratosis palmaris. *A. Loewald-Kolmar.*

Erfahrungen mit Radiotherapie, von H. R. Varney-Detroit. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 6. Juni 1903.) Der Standpunkt des Verfassers läſst sich etwa in folgender Weise zusammenfassen: Die Röntgentherapie ist ein sehr wichtiges Hilfsmittel in der Dermatologie. Bei tief sitzenden Carcinomen wirkt sie oft vortrefflich; besonders empfiehlt sie sich zur Vorbereitung für die operative Behandlung oder im

Über einige bemerkenswerte Tumo
insbesondere über gutartige und krebs
Ludwig Pick und Heinrich Poll. (*Berl.*
Ergebnisse der Arbeit fassen wir dahin
auch bei den Kaltblütern der Krebs be
heit bei Fischen, die Verfasser fand
japonicus. Einen Analogieschluſs lä
cinomen bei den Reptilien zu. J
beobachtet worden, so eine star
Krebsformen des Kaltblüters sin
Adenom", der medulläre Krebs

Das Verhalten der
Zellen bei einigen Erkr
krankheiten, von Reck
Interesse sind vor allem
Die Leukocyten waren
mählich ein, dagegen
dem Quecksilberexs
sind in dem Blut
maler Hautstellen

Die Lyr
Montesano.
einige Fälle
Dann unte
des Nerv
Bubone
skopis
drüs
ein

ird man einem noch operablen P
en, um zuvor einen Versuch mit
len bei der Sarkombehandlung
ht durch die Kombination mit
ut sind die Erfolge bei den
mmt man allerdings nur be
n gibt die raschesten
er mit der Arsenik
asser die herrsch
ichosis ni
er Rezi
bei

sonst, nam
gegen ganz schwache

macht Skinner-New Haven auf den
tgenstrahlen bisweilen auf den Heilungs
en. Sk. hat zwei solcher Fälle gesehen.
ung der Strahlen auf die Gefäſswandungen zu
über einen Fall von ausgedehnter Ichthyosis
usweise die eine Hand bestrahlt wurde, während die
ife behandelt wurde. Die bestrahlte Seite besserte sich
ut wurde weich und geschmeidig, während die andere Seite
eb. Zeisler-Chicago verwirft den Gebrauch der Kurette neben
beim Epitheliom und meint, daſs alle Epitheliome der Oberfläche
ahlen ohne andere Hilfsmittel geheilt werden können. Er empfiehlt die
gen zur Beseitigung aller Formen von Akne, nicht nur der Akne indurata.
eisler betont die Schwierigkeiten bei der Behandlung der Hypertrichosis. Die
Erfolge bei der Aknebehandlung bestätigt auch Campbell-Chicago. Dieser er-
ferner in mehreren Fällen von Tuberculosis cutis verrucosa Heilung
mittels Bestrahlungen, aber nur, wenn er bis zum Eintritt von Verbrennung bestrahlte.
Aus der weiteren Debatte ist der Rat Duncans-St. Louis erwähnenswert, daſs die
Dermatologen nicht zu X-Strahlenspezialisten werden und die alten, bewährten Me-
thoden nicht vernachlässigen möchten. Guthrie-New Orleans empfiehlt zur gleich-
zeitigen Bestrahlung mehrerer Körperstellen ein Stativ, das die Anbringung zweier
Röhren gestattet. Roussel-New Orleans hat gefunden, daſs die Sykosis und andere
parasitäre Hautleiden rascher heilen, wenn während der Bestrahlungen Sauerstoff zu-
geführt wird. *A. Loewald-Kolmar.*

Die X-Strahlen bei Krebs und Hautkrankheiten, von Charles W. Allen-New York. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 21. Febr. 1903.) Die X-Strahlen bieten nach des Verf. Urteil als therapeutisches Hilfsmittel zwar nichts gerade Glänzendes, sie haben aber namentlich in der Behandlung schwerer und unheilbarer Carcinome ihren Wert. Doch rät Verf. gerade bei diesen Fällen zu besonderer Vorsicht in der Anwendung, da er manchmal im Verlauf der Bestrahlungen Allgemeinerscheinungen, wie Gelenk- und Muskelschmerzen, auftreten sah, die er auf ein Freiwerden toxischer Stoffe aus der Geschwulst zurückzuführen geneigt ist. *A. Loewald-Colmar.*

Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen und konzentriertem Licht, von W. Scholtz-Königsberg i. Pr. (*Dtsch. med. Wochenschr.*

Nr. 33 u. 34.) Die vorliegende Arbei[t] ...kennzeichnet durch Entzündungen ...litationsschrift des Verfassers (im A... ...ystem, verursachend Paralyse und ...suchungen führten den Verfass... ...eit hervorgerufen werden. ...sächlich die zelligen Element... *C. Berliner-Aachen.* ...flussen; die Wirkung t... ...ungen, von J. Macintyre. ...gische Zellanhäufung ...erörtert zunächst die phy... ... Beim Lupus ... auf die Gewebe des ge... ...te zugrunde; ... ...hlägigen Literatur die... ...heinlich ers... ...Radiumstrahlung mit Strahle... Beh... n, ...ner-Aachen. ...en, be... ...Tappeiner und ...kombiniert m... ...n Jahren hat ...speziell Pyrogallussalben. ...fs verschie... ...Infusorien ...g erzielt als bei alleiniger Bestra... ...er Ver... ...nträchtigt wurde; die Aussichten auf den... ...toffen ...eser Art des Vorgehens für bessere als bei blofser Ro... die ...Weise wurde auch das Hautcarcinom in letzter Zeit mit Erfolg be... ...u... ...Röntgenstrahlen behandelten Fällen von inoperablem Brustkrebs konnte ... grofsen Ausdehnung der Metastasenbildungen keine wesentliche Besserung erwartet werden; immerhin zeigte der eine Fall, dafs Carcinomknoten in der Haut durch Bestrahlungen ohne Dermatitis zu völligem Schwunde gebracht werden können. — Was die Akne betrifft, so empfiehlt Verfasser die Röntgenstrahlen nur für die sehr hartnäckigen Fälle, am besten in Verbindung mit anderen Methoden. Die Psoriasis heilt zwar unter Bestrahlungen aus, doch pflegen die Rezidive nicht auszubleiben, mehrmals führten aber die Röntgenstrahlen in wenigen Wochen zum Ziele in Fällen, die jeder anderen Behandlung getrotzt hatten. Schädliche, unbeabsichtigte Wirkungen der X-Strahlen hat Verfasser nie mehr beobachtet.

Die Erfahrungen des Verfassers mit konzentriertem Licht gehen dahin, dafs das Licht der Kohleelektroden zwar nicht so rasch und intensiv wirkt als das der Eisenelektroden, aber in viel höherem Mafse in die Tiefe der Haut dringt Dementsprechend haben beide Lichtarten ihre bestimmten Indikationen und jedes seine Vorteile. Oberflächliche Prozesse wird man bequemer und billiger mit Eisenlicht behandeln, für tiefergehende Affektionen wird das Kohlelicht vorzuziehen sein. Mit der Eisenelektrodenlampe hat Verfasser oberflächlichen Lupus, Lupus erythematodes, Alopecia areata und den Naevus teleangiektodes mit Erfolg behandelt, mit Kohlelicht (Verfasser benutzt die Tripletlampe) Lupus und hochgradige Rosacea. Für schwere Lupusfälle begnügt sich Verf. nicht mit der Lichtbehandlung, sondern verbindet sie mit chirurgischen Methoden, mit Salbenbehandlung und event. auch mit Röntgenbestrahlungen. *A. Loewald-Colmar.*

Die Anwendung der X-Strahlen bei der Behandlung von Hautkrankheiten, manchen Formen von Carcinom, des Drüsenapparates und anderen Krankheiten und als schmerzstillendes Mittel, von Francis H. Williams-Boston. (*Med. News.* 8. Okt. 1903.) Bei der Aufzählung der verschiedenen Hautkrankheiten, wo die X-Strahlen mit Erfolg Anwendung finden können, erwähnt W. in erster Linie die häufigste derselben, das Ekzema; alle Varietäten desselben, manche aber besonders schnell, gingen bei Anwendung der X-Strahlen zurück, ohne dem Patienten irgendwie Beschwerden zu machen, wobei der Nachteil der häufigen Salben und anderer Appli-

Anschluſs an die Operation. Keinesfalls aber wird man einem noch operablen Patienten anraten dürfen, mit der Operation zu warten, um zuvor einen Versuch mit Röntgenstrahlen zu machen. Der Einfluſs der Strahlen bei der Sarkombehandlung ist nur ein palliativer; einen Erfolg wird man vielleicht durch die Kombination mit Serumeinspritzungen nach COLEY erwarten dürfen. Gut sind die Erfolge bei den Epitheliomen; mit der Strahlenbehandlung allein kommt man allerdings nur bei dem oberflächlichen Epitheliom der Lippe aus, im übrigen gibt die raschesten und besten Resultate die Kombination mit dem Curettement oder mit der Arsenikpastenbehandlung. Bezüglich des Lupus und der Sykosis teilt Verfasser die herrschende Ansicht, dagegen haben ihn seine Erfahrungen bei der Hypertrichosis nicht zu ausgiebiger Verwendung der Methode ermutigt, einmal wegen der Rezidive, zweitens wegen der Gefahr der Entstellung. Gute Resultate sah Verfasser bei Behandlung der Akne indurata pustulosa, des Keloids und von Warzen, sowie in einem Falle Sklerodermie. In Fällen, in denen häufige Bestrahlungen während längerer Zeit notwendig sind, ist zeitweiliges Pausieren angezeigt, da sonst, namentlich bei älteren Leuten, Überreizung stattfindet und die Kranken gegen ganz schwache Bestrahlungen äuſserst empfindlich werden.

In der dem Vortrag folgenden Diskussion macht SKINNER-New Haven auf den ungünstigen Einfluſs aufmerksam, den die Röntgenstrahlen bisweilen auf den Heilungsverlauf frischer Operationswunden ausüben. SK. hat zwei solcher Fälle gesehen. Jedenfalls hängt das mit der Einwirkung der Strahlen auf die Gefäſswandungen zusammen. Ferner berichtet SKINNER über einen Fall von ausgedehnter Ichthyosis congenita, bei dem versuchsweise die eine Hand bestrahlt wurde, während die andere Hand mit grüner Seife behandelt wurde. Die bestrahlte Seite besserte sich ganz auffallend, die Haut wurde weich und geschmeidig, während die andere Seite fast unbeeinfluſst blieb. ZEISLER-Chicago verwirft den Gebrauch der Kurette neben den Bestrahlungen beim Epitheliom und meint, daſs alle Epitheliome der Oberfläche nur mit X Strahlen ohne andere Hilfsmittel geheilt werden können. Er empfiehlt die Bestrahlungen zur Beseitigung aller Formen von Akne, nicht nur der Akne indurata. Auch ZEISLER betont die Schwierigkeiten bei der Behandlung der Hypertrichosis. Die guten Erfolge bei der Aknebehandlung bestätigt auch CAMPBELL-Chicago. Dieser erzielte ferner in mehreren Fällen von Tuberculosis cutis verrucosa Heilung mittels Bestrahlungen, aber nur, wenn er bis zum Eintritt von Verbrennung bestrahlte. Aus der weiteren Debatte ist der Rat DUNCANS-St. Louis erwähnenswert, daſs die Dermatologen nicht zu X-Strahlenspezialisten werden und die alten, bewährten Methoden nicht vernachlässigen möchten. GUTHRIC-New Orleans empfiehlt zur gleichzeitigen Bestrahlung mehrerer Körperstellen ein Stativ, das die Anbringung zweier Röhren gestattet. ROUSSEL-New Orleans hat gefunden, daſs die Sykosis und andere parasitäre Hautleiden rascher heilen, wenn während der Bestrahlungen Sauerstoff zugeführt wird. *A. Loewald-Kolmar.*

Die X-Strahlen bei Krebs und Hautkrankheiten, von CHARLES W. ALLEN-New York. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 21. Febr. 1903.) Die X-Strahlen bieten nach des Verf. Urteil als therapeutisches Hilfsmittel zwar nichts gerade Glänzendes, sie haben aber namentlich in der Behandlung schwerer und unheilbarer Carcinome ihren Wert. Doch rät Verf. gerade bei diesen Fällen zu besonderer Vorsicht in der Anwendung, da er manchmal im Verlauf der Bestrahlungen Allgemeinerscheinungen, wie Gelenk- und Muskelschmerzen, auftreten sah, die er auf ein Freiwerden toxischer Stoffe aus der Geschwulst zurückzuführen geneigt ist. *A. Loewald-Colmar.*

Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen und konzentriertem Licht, von W. SCHOLTZ-Königsberg i. Pr. (*Disch. med. Wochenschr.*

1908. Nr. 33 u. 34.) Die vorliegende Arbeit bestätigt und ergänzt die Ergebnisse der Habilitationsschrift des Verfassers (im *Archiv* 1902 erschienen). Seine histologischen Untersuchungen führten den Verfasser zu dem Schlusse, dafs die Röntgenstrahlen hauptsächlich die zelligen Elemente der Haut, und zwar in erster Linie die Epithelzellen beeinflussen; die Wirkung trifft nicht blofs die normalen Epithelzellen, sondern auch pathologische Zellanhäufungen, wie z. B. die Zellen des Lupusknötchens und die Carcinomzellen. Beim Lupus gehen unter dem Einflufs der Strahlen die Knötchen und die Infiltrate zugrunde; die Bazillen dagegen werden direkt gar nicht beeinflufst, sondern wahrscheinlich erst durch die reaktive Entzündung vernichtet. In ähnlicher Weise wirken die Strahlen beim Hautcarcinom gewissermafsen spezifisch auf die Carcinomzellen. — Die Behandlungsweise des Lupus hat Verfasser gegen früher etwas geändert. Bei leichten, oberflächlichen Fällen verwendet er mit gutem Erfolg schwache Bestrahlungen während mehrerer Monate, mit Einschaltung von Pausen. Bei schweren, tiefgehenden, besonders ulcerösen Lupusfällen hat Verfasser dagegen das Röntgenverfahren kombiniert mit chirurgischen Behandlungsmethoden und mit ätzenden Salben, speziell Pyrogallussalben. Auf diese Weise wurde ein ungleich schnellerer Erfolg erzielt als bei alleiniger Bestrahlung, ohne dafs der kosmetische Effekt beeinträchtigt wurde; die Aussichten auf definitive Ausheilung hält Verfasser bei dieser Art des Vorgehens für bessere als bei blofser Röntgenbehandlung. In ähnlicher Weise wurde auch das Hautcarcinom in letzter Zeit mit Erfolg behandelt. Bei zwei mit Röntgenstrahlen behandelten Fällen von inoperablem Brustkrebs konnte wegen der grofsen Ausdehnung der Metastasenbildungen keine wesentliche Besserung erwartet werden; immerhin zeigte der eine Fall, dafs Carcinomknoten in der Haut durch Bestrahlungen ohne Dermatitis zu völligem Schwunde gebracht werden können. — Was die Akne betrifft, so empfiehlt Verfasser die Röntgenstrahlen nur für die sehr hartnäckigen Fälle, am besten in Verbindung mit anderen Methoden. Die Psoriasis heilt zwar unter Bestrahlungen aus, doch pflegen die Rezidive nicht auszubleiben, mehrmals führten aber die Röntgenstrahlen in wenigen Wochen zum Ziele in Fällen, die jeder anderen Behandlung getrotzt hatten. Schädliche, unbeabsichtigte Wirkungen der X-Strahlen hat Verfasser nie mehr beobachtet.

Die Erfahrungen des Verfassers mit konzentriertem Licht gehen dahin, dafs das Licht der Kohleelektroden zwar nicht so rasch und intensiv wirkt als das der Eisenelektroden, aber in viel höherem Mafse in die Tiefe der Haut dringt Dementsprechend haben beide Lichtarten ihre bestimmten Indikationen und jedes seine Vorteile. Oberflächliche Prozesse wird man bequemer und billiger mit Eisenlicht behandeln, für tiefergehende Affektionen wird das Kohlelicht vorzuziehen sein. Mit der Eisenelektrodenlampe hat Verfasser oberflächlichen Lupus, Lupus erythematodes, Alopecia areata und den Naevus teleangiektodes mit Erfolg behandelt, mit Kohlelicht (Verfasser benutzt die Tripletlampe) Lupus und hochgradige Rosacea. Für schwere Lupusfälle begnügt sich Verf. nicht mit der Lichtbehandlung, sondern verbindet sie mit chirurgischen Methoden, mit Salbenbehandlung und event. auch mit Röntgenbestrahlungen. *A. Loewald-Colmar.*

Die Anwendung der X-Strahlen bei der Behandlung von Hautkrankheiten, manchen Formen von Carcinom, des Drüsenapparates und anderen Krankheiten und als schmerzstillendes Mittel, von Francis H. Williams-Boston. (*Med. News.* 8. Okt. 1908.) Bei der Aufzählung der verschiedenen Hautkrankheiten, wo die X-Strahlen mit Erfolg Anwendung finden können, erwähnt W. in erster Linie die häufigste derselben, das Ekzema; alle Varietäten desselben, manche aber besonders schnell, gingen bei Anwendung der X-Strahlen zurück, ohne dem Patienten irgendwie Beschwerden zu machen, wobei der Nachteil der häufigen Salben und anderer Appli-

Anschluſs an die Operation. Keinesfalls aber wird man einem noch operablen Patienten anraten dürfen, mit der Operation zu warten, um zuvor einen Versuch mit Röntgenstrahlen zu machen. Der Einfluſs der Strahlen bei der Sarkombehandlung ist nur ein palliativer; einen Erfolg wird man vielleicht durch die Kombination mit Serumeinspritzungen nach COLEY erwarten dürfen. Gut sind die Erfolge bei den Epitheliomen; mit der Strahlenbehandlung allein kommt man allerdings nur bei dem oberflächlichen Epitheliom der Lippe aus, im übrigen gibt die raschesten und besten Resultate die Kombination mit dem Curettement oder mit der Arsenikpastenbehandlung. Bezüglich des Lupus und der Sykosis teilt Verfasser die herrschende Ansicht, dagegen haben ihn seine Erfahrungen bei der Hypertrichosis nicht zu ausgiebiger Verwendung der Methode ermutigt, einmal wegen der Residive, zweitens wegen der Gefahr der Entstellung. Gute Resultate sah Verfasser bei Behandlung der Akne indurata pustulosa, des Keloids und von Warzen, sowie in einem Falle Sklerodermie. In Fällen, in denen häufige Bestrahlungen während längerer Zeit notwendig sind, ist zeitweiliges Pausieren angezeigt, da sonst, namentlich bei älteren Leuten, Überreizung stattfindet und die Kranken gegen ganz schwache Bestrahlungen äuſserst empfindlich werden.

In der dem Vortrag folgenden Diskussion macht SKINNER-New Haven auf den ungünstigen Einfluſs aufmerksam, den die Röntgenstrahlen bisweilen auf den Heilungsverlauf frischer Operationswunden ausüben. SK. hat zwei solcher Fälle gesehen. Jedenfalls hängt das mit der Einwirkung der Strahlen auf die Gefäſswandungen zusammen. Ferner berichtet SKINNER über einen Fall von ausgedehnter Ichthyosis congenita, bei dem versuchsweise die eine Hand bestrahlt wurde, während die andere Hand mit grüner Seife behandelt wurde. Die bestrahlte Seite besserte sich ganz auffallend, die Haut wurde weich und geschmeidig, während die andere Seite fast unbeeinfluſst blieb. ZEISLER-Chicago verwirft den Gebrauch der Kurette neben den Bestrahlungen beim Epitheliom und meint, daſs alle Epitheliome der Oberfläche nur mit X Strahlen ohne andere Hilfsmittel geheilt werden können. Er empfiehlt die Bestrahlungen zur Beseitigung aller Formen von Akne, nicht nur der Akne indurata. Auch ZEISLER betont die Schwierigkeiten bei der Behandlung der Hypertrichosis. Die guten Erfolge bei der Aknebehandlung bestätigt auch CAMPBELL-Chicago. Dieser erzielte ferner in mehreren Fällen von Tuberculosis cutis verrucosa Heilung mittels Bestrahlungen, aber nur, wenn er bis zum Eintritt von Verbrennung bestrahlte. Aus der weiteren Debatte ist der Rat DUNCANS-St. Louis erwähnenswert, daſs die Dermatologen nicht zu X-Strahlenspezialisten werden und die alten, bewährten Methoden nicht vernachlässigen möchten. GUTHRIC-New Orleans empfiehlt zur gleichzeitigen Bestrahlung mehrerer Körperstellen ein Stativ, das die Anbringung zweier Röhren gestattet. ROUSSEL-New Orleans hat gefunden, daſs die Sykosis und andere parasitäre Hautleiden rascher heilen, wenn während der Bestrahlungen Sauerstoff zugeführt wird. *A. Loewald-Kolmar.*

Die X-Strahlen bei Krebs und Hautkrankheiten, von CHARLES W. ALLEN-New York. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 21. Febr. 1903.) Die X-Strahlen bieten nach des Verf. Urteil als therapeutisches Hilfsmittel zwar nichts gerade Glänzendes, sie haben aber namentlich in der Behandlung schwerer und unheilbarer Carcinome ihren Wert. Doch rät Verf. gerade bei diesen Fällen zu besonderer Vorsicht in der Anwendung, da er manchmal im Verlauf der Bestrahlungen Allgemeinerscheinungen, wie Gelenk- und Muskelschmerzen, auftreten sah, die er auf ein Freiwerden toxischer Stoffe aus der Geschwulst zurückzuführen geneigt ist. *A. Loewald-Colmar.*

Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen und konzentriertem Licht, von W. SCHOLTZ-Königsberg i. Pr. (*Disch. med. Wochenschr.*

1903. Nr. 33 u. 34.) Die vorliegende Arbeit bestätigt und ergänzt die Ergebnisse der Habilitationsschrift des Verfassers (im *Archiv* 1902 erschienen). Seine histologischen Untersuchungen führten den Verfasser zu dem Schlusse, daſs die Röntgenstrahlen hauptsächlich die zelligen Elemente der Haut, und zwar in erster Linie die Epithelzellen beeinflussen; die Wirkung trifft nicht bloſs die normalen Epithelzellen, sondern auch pathologische Zellanhäufungen, wie z. B. die Zellen des Lupusknötchens und die Carcinomzellen. Beim Lupus gehen unter dem Einfluſs der Strahlen die Knötchen und die Infiltrate zugrunde; die Bazillen dagegen werden direkt gar nicht beeinfluſst, sondern wahrscheinlich erst durch die reaktive Entzündung vernichtet. In ähnlicher Weise wirken die Strahlen beim Hautcarcinom gewissermaſsen spezifisch auf die Carcinomzellen. — Die Behandlungsweise des Lupus hat Verfasser gegen früher etwas geändert. Bei leichten, oberflächlichen Fällen verwendet er mit gutem Erfolg schwache Bestrahlungen während mehrerer Monate, mit Einschaltung von Pausen. Bei schweren, tiefgehenden, besonders ulcerösen Lupusfällen hat Verfasser dagegen das Röntgenverfahren kombiniert mit chirurgischen Behandlungsmethoden und mit ätzenden Salben, speziell Pyrogallussalben. Auf diese Weise wurde ein ungleich schnellerer Erfolg erzielt als bei alleiniger Bestrahlung, ohne daſs der kosmetische Effekt beeinträchtigt wurde; die Aussichten auf definitive Ausheilung hält Verfasser bei dieser Art des Vorgehens für bessere als bei bloſser Röntgenbehandlung. In ähnlicher Weise wurde auch das Hautcarcinom in letzter Zeit mit Erfolg behandelt. Bei zwei mit Röntgenstrahlen behandelten Fällen von inoperablem Brustkrebs konnte wegen der groſsen Ausdehnung der Metastasenbildungen keine wesentliche Besserung erwartet werden; immerhin zeigte der eine Fall, daſs Carcinomknoten in der Haut durch Bestrahlungen ohne Dermatitis zu völligem Schwunde gebracht werden können. — Was die Akne betrifft, so empfiehlt Verfasser die Röntgenstrahlen nur für die sehr hartnäckigen Fälle, am besten in Verbindung mit anderen Methoden. Die Psoriasis heilt zwar unter Bestrahlungen aus, doch pflegen die Rezidive nicht auszubleiben, mehrmals führten aber die Röntgenstrahlen in wenigen Wochen zum Ziele in Fällen, die jeder anderen Behandlung getrotzt hatten. Schädliche, unbeabsichtigte Wirkungen der X-Strahlen hat Verfasser nie mehr beobachtet.

Die Erfahrungen des Verfassers mit konzentriertem Licht gehen dahin, daſs das Licht der Kohleelektroden zwar nicht so rasch und intensiv wirkt als das der Eisenelektroden, aber in viel höherem Maſse in die Tiefe der Haut dringt Dementsprechend haben beide Lichtarten ihre bestimmten Indikationen und jedes seine Vorteile. Oberflächliche Prozesse wird man bequemer und billiger mit Eisenlicht behandeln, für tiefergehende Affektionen wird das Kohlelicht vorzuziehen sein. Mit der Eisenelektrodenlampe hat Verfasser oberflächlichen Lupus, Lupus erythematodes, Alopecia areata und den Naevus teleangiektodes mit Erfolg behandelt, mit Kohlelicht (Verfasser benutzt die Tripletlampe) Lupus und hochgradige Rosacea. Für schwere Lupusfälle begnügt sich Verf. nicht mit der Lichtbehandlung, sondern verbindet sie mit chirurgischen Methoden, mit Salbenbehandlung und event. auch mit Röntgenbestrahlungen. *A. Loewald-Colmar.*

Die Anwendung der X-Strahlen bei der Behandlung von Hautkrankheiten, manchen Formen von Carcinom, des Drüsenapparates und anderen Krankheiten und als schmerzstillendes Mittel, von Francis H. Williams-Boston. (*Med. News.* 8. Okt. 1903.) Bei der Aufzählung der verschiedenen Hautkrankheiten, wo die X-Strahlen mit Erfolg Anwendung finden können, erwähnt W. in erster Linie die häufigste derselben, das Ekzema; alle Varietäten desselben, manche aber besonders schnell, gingen bei Anwendung der X-Strahlen zurück, ohne dem Patienten irgendwie Beschwerden zu machen, wobei der Nachteil der häufigen Salben und anderer Appli-

Anschluſs an die Operation. Keinesfalls aber wird man einem noch operablen Patienten anraten dürfen, mit der Operation zu warten, um zuvor einen Versuch mit Röntgenstrahlen zu machen. Der Einfluſs der Strahlen bei der Sarkombehandlung ist nur ein palliativer; einen Erfolg wird man vielleicht durch die Kombination mit Serumeinspritzungen nach Coley erwarten dürfen. Gut sind die Erfolge bei den Epitheliomen; mit der Strahlenbehandlung allein kommt man allerdings nur bei dem oberflächlichen Epitheliom der Lippe aus, im übrigen gibt die raschesten und besten Resultate die Kombination mit dem Curettement oder mit der Arsenikpastenbehandlung. Bezüglich des Lupus und der Sykosis teilt Verfasser die herrschende Ansicht, dagegen haben ihn seine Erfahrungen bei der Hypertrichosis nicht zu ausgiebiger Verwendung der Methode ermutigt, einmal wegen der Residive, zweitens wegen der Gefahr der Entstellung. Gute Resultate sah Verfasser bei Behandlung der Akne indurata pustulosa, des Keloids und von Warzen, sowie in einem Falle Sklerodermie. In Fällen, in denen häufige Bestrahlungen während längerer Zeit notwendig sind, ist zeitweiliges Pausieren angezeigt, da sonst, namentlich bei älteren Leuten, Überreizung stattfindet und die Kranken gegen ganz schwache Bestrahlungen äuſserst empfindlich werden.

In der dem Vortrag folgenden Diskussion macht Skinner-New Haven auf den ungünstigen Einfluſs aufmerksam, den die Röntgenstrahlen bisweilen auf den Heilungsverlauf frischer Operationswunden ausüben. Sk. hat zwei solcher Fälle gesehen. Jedenfalls hängt das mit der Einwirkung der Strahlen auf die Gefäſswandungen zusammen. Ferner berichtet Skinner über einen Fall von ausgedehnter Ichthyosis congenita, bei dem versuchsweise die eine Hand bestrahlt wurde, während die andere Hand mit grüner Seife behandelt wurde. Die bestrahlte Seite besserte sich ganz auffallend, die Haut wurde weich und geschmeidig, während die andere Seite fast unbeeinfluſst blieb. Zeisler-Chicago verwirft den Gebrauch der Kurette neben den Bestrahlungen beim Epitheliom und meint, daſs alle Epitheliome der Oberfläche nur mit X Strahlen ohne andere Hilfsmittel geheilt werden können. Er empfiehlt die Bestrahlungen zur Beseitigung aller Formen von Akne, nicht nur der Akne indurata. Auch Zeisler betont die Schwierigkeiten bei der Behandlung der Hypertrichosis. Die guten Erfolge bei der Aknebehandlung bestätigt auch Campbell-Chicago. Dieser erzielte ferner in mehreren Fällen von Tuberculosis cutis verrucosa Heilung mittels Bestrahlungen, aber nur, wenn er bis zum Eintritt von Verbrennung bestrahlte. Aus der weiteren Debatte ist der Rat Duncans-St. Louis erwähnenswert, daſs die Dermatologen nicht zu X-Strahlenspezialisten werden und die alten, bewährten Methoden nicht vernachlässigen möchten. Guthrie-New Orleans empfiehlt zur gleichzeitigen Bestrahlung mehrerer Körperstellen ein Stativ, das die Anbringung zweier Röhren gestattet. Roussel-New Orleans hat gefunden, daſs die Sykosis und andere parasitäre Hautleiden rascher heilen, wenn während der Bestrahlungen Sauerstoff zugeführt wird. *A. Loewald-Kolmar.*

Die X-Strahlen bei Krebs und Hautkrankheiten, von Charles W. Allen-New York. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 21. Febr. 1903.) Die X-Strahlen bieten nach des Verf. Urteil als therapeutisches Hilfsmittel zwar nichts gerade Glänzendes, sie haben aber namentlich in der Behandlung schwerer und unheilbarer Carcinome ihren Wert. Doch rät Verf. gerade bei diesen Fällen zu besonderer Vorsicht in der Anwendung, da er manchmal im Verlauf der Bestrahlungen Allgemeinerscheinungen, wie Gelenk- und Muskelschmerzen, auftreten sah, die er auf ein Freiwerden toxischer Stoffe aus der Geschwulst zurückzuführen geneigt ist. *A. Loewald-Colmar.*

Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen und konzentriertem Licht, von W. Scholtz-Königsberg i. Pr. (*Dtsch. med. Wochenschr.*

1906. Nr. 33 u. 34.) Die vorliegende Arbeit bestätigt und ergänzt die Ergebnisse der Habilitationsschrift des Verfassers (im *Archiv* 1902 erschienen). Seine histologischen Untersuchungen führten den Verfasser zu dem Schlusse, daſs die Röntgenstrahlen hauptsächlich die zelligen Elemente der Haut, und zwar in erster Linie die Epithelzellen beeinflussen; die Wirkung trifft nicht bloſs die normalen Epithelzellen, sondern auch pathologische Zellanhäufungen, wie z. B. die Zellen des Lupusknötchens und die Carcinomzellen. Beim Lupus gehen unter dem Einfluſs der Strahlen die Knötchen und die Infiltrate zugrunde; die Bazillen dagegen werden direkt gar nicht beeinfluſst, sondern wahrscheinlich erst durch die reaktive Entzündung vernichtet. In ähnlicher Weise wirken die Strahlen beim Hautcarcinom gewissermaſsen spezifisch auf die Carcinomzellen. — Die Behandlungsweise des Lupus hat Verfasser gegen früher etwas geändert. Bei leichten, oberflächlichen Fällen verwendet er mit gutem Erfolg schwache Bestrahlungen während mehrerer Monate, mit Einschaltung von Pausen. Bei schweren, tiefgehenden, besonders ulcerösen Lupusfällen hat Verfasser dagegen das Röntgenverfahren kombiniert mit chirurgischen Behandlungsmethoden und mit ätzenden Salben, speziell Pyrogallussalben. Auf diese Weise wurde ein ungleich schnellerer Erfolg erzielt als bei alleiniger Bestrahlung, ohne daſs der kosmetische Effekt beeinträchtigt wurde; die Aussichten auf definitive Ausheilung hält Verfasser bei dieser Art des Vorgehens für bessere als bei bloſser Röntgenbehandlung. In ähnlicher Weise wurde auch das Hautcarcinom in letzter Zeit mit Erfolg behandelt. Bei zwei mit Röntgenstrahlen behandelten Fällen von inoperablem Brustkrebs konnte wegen der groſsen Ausdehnung der Metastasenbildungen keine wesentliche Besserung erwartet werden; immerhin zeigte der eine Fall, daſs Carcinomknoten in der Haut durch Bestrahlungen ohne Dermatitis zu völligem Schwunde gebracht werden können. — Was die Akne betrifft, so empfiehlt Verfasser die Röntgenstrahlen nur für die sehr hartnäckigen Fälle, am besten in Verbindung mit anderen Methoden. Die Psoriasis heilt zwar unter Bestrahlungen aus, doch pflegen die Rezidive nicht auszubleiben, mehrmals führten aber die Röntgenstrahlen in wenigen Wochen zum Ziele in Fällen, die jeder anderen Behandlung getrotzt hatten. Schädliche, unbeabsichtigte Wirkungen der X-Strahlen hat Verfasser nie mehr beobachtet.

Die Erfahrungen des Verfassers mit konzentriertem Licht gehen dahin, daſs das Licht der Kohleelektroden zwar nicht so rasch und intensiv wirkt als das der Eisenelektroden, aber in viel höherem Maſse in die Tiefe der Haut dringt Dementsprechend haben beide Lichtarten ihre bestimmten Indikationen und jedes seine Vorteile. Oberflächliche Prozesse wird man bequemer und billiger mit Eisenlicht behandeln, für tiefergehende Affektionen wird das Kohlelicht vorzuziehen sein. Mit der Eisenelektrodenlampe hat Verfasser oberflächlichen Lupus, Lupus erythematodes, Alopecia areata und den Naevus teleangiektodes mit Erfolg behandelt, mit Kohlelicht (Verfasser benutzt die Tripletlampe) Lupus und hochgradige Rosacea. Für schwere Lupusfälle begnügt sich Verf. nicht mit der Lichtbehandlung, sondern verbindet sie mit chirurgischen Methoden, mit Salbenbehandlung und event. auch mit Röntgenbestrahlungen. *A. Loewald-Colmar.*

Die Anwendung der X-Strahlen bei der Behandlung von Hautkrankheiten, manchen Formen von Carcinom, des Drüsenapparates und anderen Krankheiten und als schmerzstillendes Mittel, von Francis H. Williams-Boston. (*Med. News.* 8. Okt. 1903.) Bei der Aufzählung der verschiedenen Hautkrankheiten, wo die X-Strahlen mit Erfolg Anwendung finden können, erwähnt W. in erster Linie die häufigste derselben, das Ekzema; alle Varietäten desselben, manche aber besonders schnell, gingen bei Anwendung der X-Strahlen zurück, ohne dem Patienten irgendwie Beschwerden zu machen, wobei der Nachteil der häufigen Salben und anderer Appli-

Anschluſs an die Operation. Keinesfalls aber wird man einem noch operablen Patienten anraten dürfen, mit der Operation zu warten, um zuvor einen Versuch mit Röntgenstrahlen zu machen. Der Einfluſs der Strahlen bei der Sarkombehandlung ist nur ein palliativer; einen Erfolg wird man vielleicht durch die Kombination mit Serumeinspritzungen nach Coley erwarten dürfen. Gut sind die Erfolge bei den Epitheliomen; mit der Strahlenbehandlung allein kommt man allerdings nur bei dem oberflächlichen Epitheliom der Lippe aus, im übrigen gibt die raschesten und besten Resultate die Kombination mit dem Curettement oder mit der Arsenikpastenbehandlung. Bezüglich des Lupus und der Sykosis teilt Verfasser die herrschende Ansicht, dagegen haben ihn seine Erfahrungen bei der Hypertrichosis nicht zu ausgiebiger Verwendung der Methode ermutigt, einmal wegen der Residive, zweitens wegen der Gefahr der Entstellung. Gute Resultate sah Verfasser bei Behandlung der Akne indurata pustulosa, des Keloids und von Warzen, sowie in einem Falle Sklerodermie. In Fällen, in denen häufige Bestrahlungen während längerer Zeit notwendig sind, ist zeitweiliges Pausieren angezeigt, da sonst, namentlich bei älteren Leuten, Überreizung stattfindet und die Kranken gegen ganz schwache Bestrahlungen äuſserst empfindlich werden.

In der dem Vortrag folgenden Diskussion macht Skinner-New Haven auf den ungünstigen Einfluſs aufmerksam, den die Röntgenstrahlen bisweilen auf den Heilungsverlauf frischer Operationswunden ausüben. Sk. hat zwei solcher Fälle gesehen. Jedenfalls hängt das mit der Einwirkung der Strahlen auf die Gefäſswandungen zusammen. Ferner berichtet Skinner über einen Fall von ausgedehnter Ichthyosis congenita, bei dem versuchsweise die eine Hand bestrahlt wurde, während die andere Hand mit grüner Seife behandelt wurde. Die bestrahlte Seite besserte sich ganz auffallend, die Haut wurde weich und geschmeidig, während die andere Seite fast unbeeinfluſst blieb. Zeisler-Chicago verwirft den Gebrauch der Kurette neben den Bestrahlungen beim Epitheliom und meint, daſs alle Epitheliome der Oberfläche nur mit X Strahlen ohne andere Hilfsmittel geheilt werden können. Er empfiehlt die Bestrahlungen zur Beseitigung aller Formen von Akne, nicht nur der Akne indurata. Auch Zeisler betont die Schwierigkeiten bei der Behandlung der Hypertrichosis. Die guten Erfolge bei der Aknebehandlung bestätigt auch Campbell-Chicago. Dieser erzielte ferner in mehreren Fällen von Tuberculosis cutis verrucosa Heilung mittels Bestrahlungen, aber nur, wenn er bis zum Eintritt von Verbrennung bestrahlte. Aus der weiteren Debatte ist der Rat Duncans-St. Louis erwähnenswert, daſs die Dermatologen nicht zu X-Strahlenspezialisten werden und die alten, bewährten Methoden nicht vernachlässigen möchten. Guthrie-New Orleans empfiehlt zur gleichzeitigen Bestrahlung mehrerer Körperstellen ein Stativ, das die Anbringung zweier Röhren gestattet. Roussel-New Orleans hat gefunden, daſs die Sykosis und andere parasitäre Hautleiden rascher heilen, wenn während der Bestrahlungen Sauerstoff zugeführt wird. *A. Loewald-Kolmar.*

Die X-Strahlen bei Krebs und Hautkrankheiten, von Charles W. Allen-New York. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 21. Febr. 1903.) Die X-Strahlen bieten nach des Verf. Urteil als therapeutisches Hilfsmittel zwar nichts gerade Glänzendes, sie haben aber namentlich in der Behandlung schwerer und unheilbarer Carcinome ihren Wert. Doch rät Verf. gerade bei diesen Fällen zu besonderer Vorsicht in der Anwendung, da er manchmal im Verlauf der Bestrahlungen Allgemeinerscheinungen, wie Gelenk- und Muskelschmerzen, auftreten sah, die er auf ein Freiwerden toxischer Stoffe aus der Geschwulst zurückzuführen geneigt ist. *A. Loewald-Colmar.*

Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen und konzentriertem Licht, von W. Scholtz-Königsberg i. Pr. (*Dtsch. med. Wochenschr.*

1903. Nr. 33 u. 34.) Die vorliegende Arbeit bestätigt und ergänzt die Ergebnisse der Habilitationsschrift des Verfassers (im *Archiv* 1902 erschienen). Seine histologischen Untersuchungen führten den Verfasser zu dem Schlusse, dafs die Röntgenstrahlen hauptsächlich die zelligen Elemente der Haut, und zwar in erster Linie die Epithelzellen beeinflussen; die Wirkung trifft nicht blofs die normalen Epithelzellen, sondern auch pathologische Zellanhäufungen, wie z. B. die Zellen des Lupusknötchens und die Carcinomzellen. Beim Lupus gehen unter dem Einfluſs der Strahlen die Knötchen und die Infiltrate zugrunde; die Bazillen dagegen werden direkt gar nicht beeinflufst, sondern wahrscheinlich erst durch die reaktive Entzündung vernichtet. In ähnlicher Weise wirken die Strahlen beim Hautcarcinom gewissermafsen spezifisch auf die Carcinomzellen. — Die Behandlungsweise des Lupus hat Verfasser gegen früher etwas geändert. Bei leichten, oberflächlichen Fällen verwendet er mit gutem Erfolg schwache Bestrahlungen während mehrerer Monate, mit Einschaltung von Pausen. Bei schweren, tiefgehenden, besonders ulcerösen Lupusfällen hat Verfasser dagegen das Röntgenverfahren kombiniert mit chirurgischen Behandlungsmethoden und mit ätzenden Salben, speziell Pyrogallussalben. Auf diese Weise wurde ein ungleich schnellerer Erfolg erzielt als bei alleiniger Bestrahlung, ohne dafs der kosmetische Effekt beeinträchtigt wurde; die Aussichten auf definitive Ausheilung hält Verfasser bei dieser Art des Vorgehens für bessere als bei blofser Röntgenbehandlung. In ähnlicher Weise wurde auch das Hautcarcinom in letzter Zeit mit Erfolg behandelt. Bei zwei mit Röntgenstrahlen behandelten Fällen von inoperablem Brustkrebs konnte wegen der grofsen Ausdehnung der Metastasenbildungen keine wesentliche Besserung erwartet werden; immerhin zeigte der eine Fall, dafs Carcinomknoten in der Haut durch Bestrahlungen ohne Dermatitis zu völligem Schwunde gebracht werden können. — Was die Akne betrifft, so empfiehlt Verfasser die Röntgenstrahlen nur für die sehr hartnäckigen Fälle, am besten in Verbindung mit anderen Methoden. Die Psoriasis heilt zwar unter Bestrahlungen aus, doch pflegen die Rezidive nicht auszubleiben, mehrmals führten aber die Röntgenstrahlen in wenigen Wochen zum Ziele in Fällen, die jeder anderen Behandlung getrotzt hatten. Schädliche, unbeabsichtigte Wirkungen der X-Strahlen hat Verfasser nie mehr beobachtet.

Die Erfahrungen des Verfassers mit konzentriertem Licht gehen dahin, dafs das Licht der Kohleelektroden zwar nicht so rasch und intensiv wirkt als das der Eisenelektroden, aber in viel höherem Mafse in die Tiefe der Haut dringt Dementsprechend haben beide Lichtarten ihre bestimmten Indikationen und jedes seine Vorteile. Oberflächliche Prozesse wird man bequemer und billiger mit Eisenlicht behandeln, für tiefergehende Affektionen wird das Kohlelicht vorzuziehen sein. Mit der Eisenelektrodenlampe hat Verfasser oberflächlichen Lupus, Lupus erythematodes, Alopecia areata und den Naevus teleangiektodes mit Erfolg behandelt, mit Kohlelicht (Verfasser benutzt die Tripletlampe) Lupus und hochgradige Rosacea. Für schwere Lupusfälle begnügt sich Verf. nicht mit der Lichtbehandlung, sondern verbindet sie mit chirurgischen Methoden, mit Salbenbehandlung und event. auch mit Röntgenbestrahlungen. *A. Loewald-Colmar.*

Die Anwendung der X-Strahlen bei der Behandlung von Hautkrankheiten, manchen Formen von Carcinom, des Drüsenapparates und anderen Krankheiten und als schmerzstillendes Mittel, von Francis H. Williams-Boston. (*Med. News.* 8. Okt. 1903.) Bei der Aufzählung der verschiedenen Hautkrankheiten, wo die X-Strahlen mit Erfolg Anwendung finden können, erwähnt W. in erster Linie die häufigste derselben, das Ekzema; alle Varietäten desselben, manche aber besonders schnell, gingen bei Anwendung der X-Strahlen zurück, ohne dem Patienten irgendwie Beschwerden zu machen, wobei der Nachteil der häufigen Salben und anderer Appli-

kationen, die zudem nicht an allen Körperteilen möglich sind, wegfiel. Psoriasis reagierte sehr gut auf die X-Strahlen, wenn auch Rezidive vorkamen; W. hofft, bei gröfserer Erfahrung auch diese einschränken zu können. Verschiedene Formen von Akne sind heilbar durch diese Methode, ferner Sykosis, Favus, Lupus erythematodes usw. Recht befriedigend waren die Resultate bei tuberkulöser Adenitis (skrophulösen Drüsen), bei chronischer tuberkulöser Peritonitis usw. Was nun die Neubildungen betrifft, so können die X-Strahlen bei den kleineren Formen und bei Rezidiven nach Operationen von grofsem Werte sein; viel hängt von Sitz, Charakter und Form der Geschwulst ab und ob die Drüsen mitergriffen sind; im letzteren Falle sind die X-Strahlen gewöhnlich von geringerer Wirkung. Kleinere Neubildungen heilen zuweilen nach 8—10, ja schon nach 2 Sitzungen ab, im Durchschnitt sind aber deren 20 notwendig. Über den Vorzug der X-Strahlen-Behandlung vor der operativen lehrt ein durch Zeichnungen illustrierter Fall W.'s. Was die Art der Einwirkung der X-Strahlen betrifft, so glaubt er, dafs sie nicht eine direkt bakterientötende ist, sondern dafs sie gewisse chemische Veränderungen hervorrufen, welche die Natur in ihrem Heilungsprozesse unterstützen und die Entwicklung mancher Mikroorganismen verhindern. W. ist daher der Ansicht, dafs sie noch weitere Mittel abgeben werden, manche Probleme in der Chemie der physiologischen und pathologischen Vorgänge zu studieren. *Stern-München.*

Die Röntgenstrahlen in der Therapie, von Milwan K. Kassabian-Philadelphia. (*New York Journ.* 12. Dez. 1903.) Aus dieser allgemeinen Betrachtung sei hervorgehoben, dafs K. der Überzeugung ist, Lupus vulgaris sei in 95 Proz. der Fälle durch die X-Strahlen besserungsfähig. Da nach seiner Erfahrung mit diesen allein die besten Resultate erzielt werden, so verwirft er jene Methode, welche bei ausgedehnter Ulceration und Induration zuerst Röntgen- und dann nachfolgende Finsenlicht-Behandlung empfiehlt. *Stern-München.*

Vorschläge zur Radiumtherapie, von H. Strebel-München. (*Dtsch. Medizinal-Ztg.* 1903. Nr. 103.) Man kann die Wirksamkeit des Radiums für tiefgelegene pathologische Prozesse ganz bedeutend steigern, ohne dabei die Haut selbst zu beeinflussen. Dieses geschieht dadurch, dafs man statt der epidermatischen Applikation die direkte intratumorale vornimmt, wobei die Radiumsubstanz, in die ausgebohrte Spitze eines Aluminiumstäbchens eingeschlossen, mit Hilfe eines vorher eingestochenen Troikarts direkt in das Zentrum des Tumors eingeführt wird. Dadurch wird der Bestrahlungskreis selbst vergröfsert, indem die Substanz nach allen Richtungen im Raume gleichmäfsig strahlt. Ferner wird die Intensität der Strahlung mit Bezug auf den Tumor selbst gesteigert, dadurch, dafs man das Instrument beliebig lange liegen lassen kann, sowie dadurch, dafs die unerwünschte Absorption der Strahlung beim Durchgang durch die Haut wegfällt, und das Radium also in der Geschwulstmasse selbst wirken kann. — Ferner hat das Radium die Eigenschaft, eine Reihe von Körpern, wie Zink, Blei, Papier, vorübergehend radio-aktiv zu machen, d. h. für 24 Stunden etwa strahlenausschickend zu machen, und zwar sind diese Strahlen von gleicher Art wie die induzierende Substanz selbst. Man kann sogar radioaktives Wasser durch Abdestillation aus einer mehrere Tage alten Lösung von Radiumbromid erhalten. Vielleicht könnte das getrunkene Radiumwasser Magencarcinome beeinflussen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über das Wesen und die physiologische Wirkung der Radiumstrahlung und Radiumstrahlen, von D. Turner. (*Brit. med. Journ.* 12. Dez. 1903.) Nach einem kurzen Rückblick auf die radio-aktive Wirkung des Lichtes und der Röntgenstrahlen bespricht der Verfasser eingehend die Eigenschaften des Radiums und deren physiologische Aktion auf den Menschen. Man kann drei Hauptgruppen von Effekten

unterscheiden: 1. die Wirkung auf die Haut, gekennzeichnet durch Entzündungen und Ulcerationen; 2. die Wirkung auf das Nervensystem, verursachend Paralyse und Tod; 3. die Lichteffekte, welche bei partieller Blindheit hervorgerufen werden.

C. Berliner-Aachen.

Das Radium und seine therapeutischen Wirkungen, von J. Macintyre. (*Brit. med. Journ.* 12. Dez. 1903.) Auch dieser Verfasser erörtert zunächst die physiologischen Eigenschaften des Radiums und ihre Wirkungen auf die Gewebe des gesunden und kranken Menschen und rekapituliert aus der einschlägigen Literatur diejenigen Fälle (Lupus, Krebs, Ulcus rodens etc.), bei denen die Radiumstrahlung mit zufriedenstellenden Resultaten zur Anwendung gekommen ist.

C. Berliner-Aachen.

Therapeutische Versuche mit fluoreszierenden Stoffen, von Tappeiner und Jesionek. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 47.) Schon vor mehreren Jahren hat Raab bei einer von Tappeiner veranlafsten Untersuchung beobachtet, dafs verschiedene an sich, d. h. im Dunkeln sehr wenig giftige fluoreszierende Stoffe Infusorien bei Zutritt von Sonnenlicht oder zerstreutem Tageslicht noch in sehr grofser Verdünnung zu töten vermögen. Diese Wirkung fehlt lediglich absorbierenden Stoffen und bleibt auch bei fluoreszierenden Stoffen aus, wenn das zutretende Licht die die Fluoreszenz erregenden Strahlen nicht mehr enthält; sie ist daher aller Wahrscheinlichkeit nach mit der Erregung von Fluoreszenz ursächlich verknüpft. Tappeiner hat dann gemeinsam mit Jodlbauer die Einwirkung von fluoreszierenden Stoffen auf Enzyme und Toxine untersucht und gefunden, dafs alle untersuchten Enzyme, saccharisierende und peptonisierende, durch gewisse fluoreszierende Stoffe bei Zutritt von Licht ihre Wirksamkeit vollständig oder nahezu vollständig einbüfsen, dafs ferner Ricin durch fluoreszierende Stoffe, Licht sein charakteristisches Agglutinierungsvermögen für rote Blutkörperchen verliert und auch in grofser Dosis Meerschweinchen nicht mehr tötet, sondern nur vorübergehend krank macht.

Untersuchungen über die therapeutische Verwertbarkeit der fluoreszierenden Stoffe wurden von den beiden Verfassern zunächst an infektiösen Erkrankungen der Haut (Pityriasis versicolor, Herpes tonsurans, Molluscum contagiosum, Psoriasis vulgaris) in der Weise vorgenommen, dafs die kranken Hautpartien mit 5%iger wässeriger Eosinlösung bepinselt und so lange als möglich unter ständiger Bepinselung dem Sonnenlicht exponiert wurden; über den Erfolg wird in der vorliegenden Arbeit nichts berichtet. Weiterhin wurde in einem Falle von Hautkrebs im Gesichte einer 70jährigen Frau die carcinomatöse Partie mit der 5%igen Eosinlösung bepinselt und die Kranke in die Sonne, bei trübem Wetter aber vor eine Bogenlampe mit 25 Ampères gesetzt; während der Nacht und in den Tageszeiten, in denen eine Belichtungsquelle nicht zur Verfügung stand, wurde der Krankheitsherd durch einen Borwasserverband oder durch Zinkpflaster geschützt. Unter dieser Behandlung, die keinerlei Beschwerden verursachte und das Allgemeinbefinden in keiner Weise beeinträchtigte, trockneten die carcinomatösen Wucherungen ein und gelangten zur Abstofsung, der Dickendurchmesser der Geschwulst wurde zusehends kleiner, die vorhandenen Ulcerationen reinigten sich, und von der Peripherie her begann eine Überhäutung der Geschwürsfläche. Durch Injektion kleiner Mengen Eosinlösung in die obersten Partien der restierenden Geschwulst wurde die Narbenbildung noch beschleunigt, und nach 60tägiger Behandlung waren von dem ursprünglichen Neoplasma nur noch geringfügige Residuen vorhanden, die zweifellos im Laufe der Zeit auch noch verschwinden werden. Ebenso glänzend wurde durch die Eosinlichtbehandlung ein Ulcus rodens auf der Stirne eines 60 Jahre alten Mannes beeinflufst: nach siebenwöchentlicher Behandlung fand sich an Stelle des Carcinoms eine gesunde Granulationsfläche mit stellenweise

zentimeterbreitem, kräftigem, widerstandsfähigem Epithelsaum; durch den peripheren Narbensaum und die Epithelbrücken, die sich von einer Seite zur anderen spannten, war die Granulationsfläche auf etwa die Hälfte des Umfanges eingeengt, den die ursprüngliche Ulcerationsfläche besessen hatte. Auch in diesem Falle wird binnen kurzem vollständige Vernarbung eingetreten sein. In einem dritten Falle von Hautcarcinom endlich waren nach vierwöchentlicher Behandlung die Randwülste des Geschwürs flacher geworden und die infiltrierten Zonen an der Peripherie verschwunden; einzelne Stellen wiesen bereits frische, schöne Granulationen und gesundes Narbengewebe auf. — Die an fünf Lupuskranken gemachten Erfahrungen bewiesen, daß ebenso wie das Gewebe des Hautcarcinoms, so auch das der Haut eingelagerte tuberkulöse Granulationsgewebe der Eosin-Lichteinwirkung in auffälliger Weise erliegt. Für den Effekt der therapeutischen Bestrebungen war es in diesen Fällen von hervorragender Bedeutung, ob die der Eosin-Lichteinwirkung ausgesetzten lupösen Infiltrate mit einer Epithelialschicht bedeckt waren oder nicht; das ohne deckende Epidermis frei zutage liegende lupöse Granulationsgewebe wurde sehr rasch zur Heilung und Vernarbung gebracht; wo und solange dagegen eine dicke und widerstandsfähige Epidermis der Eosinimbibition des kranken Gewebes im Wege stand, konnte ein wesentlicher Einfluß nicht verzeichnet werden. In einem Falle von einseitiger tuberkulöser Hodenerkrankung und skrophulodermatischem Geschwür am Scrotum bei einem 14jährigen Knaben wurde durch die Eosin-Lichtbehandlung im Verlaufe von vier Wochen Vernarbung des Geschwürs erzielt; lediglich ein dünner, kurzer Fistelgang blieb zurück. Während der Behandlung wurde auch die Schwellung des Hodens kleiner, und aus dem aus der Tiefe stammenden Sekrete verschwanden die Tuberkelbazillen. — Auch die an Syphilitikern vorgenommenen Versuche ergaben überraschende Resultate. Condylomata lata an weiblichen Genitalien bildeten sich stets in auffallend kurzer Zeit zurück. In einem Falle ist unter der Eosin-Lichtbehandlung nicht nur ein ulcerierter Primäraffekt der Zunge zur Heilung gekommen, es hat sich auch die regionäre Drüsenschwellung spontan vollkommen zurückgebildet, und überdies ist es trotz längst abgelaufener zweiter Inkubationszeit zu Allgemeinerscheinungen nicht gekommen. In einem anderen Falle, in dem der Primäraffekt samt der inguinalen Sklerodermitis unter der Eosin-Lichtbehandlung gleichfalls rasch zum Verschwinden gebracht worden war, zeigten sich nach einer zweiten Inkubation von 16 Wochen, während der keine Behandlung stattgefunden hatte, lediglich ein paar Roseolaflecken auf dem Abdomen. Die Verfasser versprechen für die nächste Zeit schon eine ausführliche Mitteilung, in der insbesondere auch auf die Art und Weise, wie die beschriebenen Wirkungen zustande kommen, eingegangen werden soll. *Götz-München.*

Die Heißluftbehandlung mit dem Vorstaedter'schen Kalorisator, von Fr. Bering-Kiel. (*Ther. d. Gegenw.* 1903. Heft 10.) In der dermatologischen Poliklinik v. Dürings ist der Kalorisator, welcher die heiße Luft in Form von Luftduschen auf die betreffenden Körperstellen appliziert, in Gebrauch. Mit ihm wurden bei Trichophytia profunda und Sykosis coccogenes Versuche gemacht, von denen elf Fälle, die mit Erfolg behandelt wurden, aufgeführt werden; die täglichen Sitzungen dauerten 10 Minuten bis eine Stunde. Die Barthaare müssen kurz geschoren aber nicht rasiert werden; jede Stelle wird täglich ¼ Stunde lang behitzt bei der höchsten Temperatur, welche von dem Patienten vertragen wird (95—100°). Neu auftretende Infiltrate werden sofort behitzt und so kupiert. Leichte oberflächliche Verbrennungen wurden selten beobachtet und waren bedeutungslos. Auch ein Fall von hypertrophischer Psoriasis wurde jeden dritten Tag behitzt und langsam gebessert. Der Vorstaedter'sche Apparat ist entschieden handlich, praktisch und billig und jedem Dermatologen zu empfehlen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die physiologische Wirkung des Solbades und des kohlensäurehaltigen Solbades, von HERMANN KELLER. (*Ther. Monatsh.* 1903. Nr. 10.) Während die Frage der Hautresorption von Salzen noch streitig ist, wird allgemein die Imbibitionsfähigkeit der Haut festgestellt, vermöge welcher die Badebestandteile in die Oberhaut und bis ins Corium vordringen. Die in die Haut eindringenden Salze, ferner der zentrifugale Sekretionsstrom entfalten durch Reizung der zahllosen Nervenendigungen und durch Beeinflussung der Blut- und Lymphzirkulation der Haut eine Reizwirkung, die sogenannte Kontakt- und Adhäsivwirkung. Die Solbadwirkung ist demnach eine lokale oder primäre und eine allgemeine oder sekundäre. Die Solbäder wirken durch die Masse des Wassers, durch seine Temperatur, den Salzgehalt einschliefslich Gehalt an Gasen, die Konzentration und wahrscheinlich auch auf elektrischem Wege. Die verschiedenen Hautreize lassen sich bei der Solbadkur variieren und kombinieren. Die bisher anerkannten physiologischen Einzelwirkungen des Solbades sind:

1. Die Hautsensibilität und speziell die Tastempfindung wird gesteigert.
2. Der osmotische Druck ist erhöht.
3. Die roten Blutkörperchen sind unbedeutend vermehrt, die weifsen vermindert.
4. Die Atmung wird verlangsamt und vertieft.
5. Der respiratorische Gaswechsel ist erhöht, d. h. die Sauerstoffeinnahme und Kohlensäureabgabe sind vermehrt.
6. Die Pulsfrequenz wird herabgesetzt, der Blutdruck erhöht.
7. Die Bäder üben einen ganz bestimmten und nach ihrer chemischen Beschaffenheit und Konzentration verschiedenen Einfluſs auf den Stoffwechsel des gesunden und kranken Menschen aus.

Die kohlensäurehaltigen Solbäder sind bei Zirkulationsstörungen, also bei Herzleiden und Arteriosklerose, bei manchen chronischen Rückenmarksleiden, Chlorose und chronischen Unterleibsleiden, z. B. Amenorrhoe, sehr wertvoll.

Bernhard Schulze-Kiel.

Vergleichende Untersuchungen über Antistreptokokkensera nebst einigen Bemerkungen über die Kultur und Virulenz der Streptokokken, von PAUL SOMMERFELD. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 33, H. 9.) Verfasser prüfte vergleichend die Antistreptokokkensera von ARONSON, TAVEL, ROUX, MOSER-PALTAUF. Gegen hochvirulente Stämme schützen die Sera von ROUX und TAVEL überhaupt nicht, das von MOSER-PALTAUF schützte in geringem Maſse, das von ARONSON wirkte selbst in kleinen Mengen noch sicher, etwa 20—50mal so stark als das MOSER-PALTAUFsche. Ein Versuch mit einem Streptokokkus des Gelenkrheumatismus ergab, daſs ein Unterschied zwischen diesem und demjenigen des Scharlach nicht zu finden ist, welchen Verfasser zu seinen Prüfungen verwendete. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Unguentum argenti colloidalis CREDÉ, seine Anwendungsweise und Wirkung, von ROMMEL-Neuzelle. (*Ther. Monatsh.* 1903. Nr. 10.) Verfasser weist darauf hin, daſs sich das Unguentum CREDÉ bei Masern und Scharlach in täglichen Einreibungen von 1—3 g, je nach dem Alter des Kindes, hervorragend bewährt, besonders verhindert es die Mittelohreiterungen und mildert sehr schnell alle Erscheinungen und setzt das Fieber auffallend schnell herab. R. hält es für eine auſserordentliche Bereicherung unseres Arzneischatzes. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über das neue Balsamicum „Gonosan", von A. KÜSEL-Moskau. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 35.) Gonosan ist eine gelbgrüne, ölige, durchscheinende, in Alkohol, Äther und Chloroform lösliche Flüssigkeit von stark aromatischem Geruch und enthält die aus der Wurzel von Piper methysticum (Kawa-Kawa) extrahierten Harze, in reinem ostindischen Sandelöl gelöst. Kawa-Kawa wird in ihrer Heimat, auf den Inseln des Stillen Ozeans, von den Eingeborenen als Mittel gegen Blennorrhoe verwendet. Die

Wurzel enthält zwei kristallische, indifferente Substanzen, das Kawahin und Yangonin, und eine harzige Masse, welche sich in zwei Harze zerlegen läfst — das α-Harz und das β-Harz — und den therapeutischen Bestandteil der Wurzel repräsentiert. Das α-Harz wirkt auf Schleimhäute anästhesierend, bei Tieren bewirken beide im Auge innerhalb dreier Minuten eine vollständige Anästhesie der Horn- und Bindehaut. Es ist nun gelungen, die wirksame Harzmasse nach Eliminierung des indifferenten Kawahins und Yangonins chemisch rein darzustellen und die gewonnene harzige Masse in reinem ostindischen Sandelöl zu lösen. Dieses neue Präparat, von J. D. Riedel-Berlin unter dem Namen Gonosan hergestellt, kommt in Kapseln von 0,3 Inhalt in den Handel, wovon auf $\alpha + \beta$-Kawaharz 20% bezw. 0,06, auf Sandelöl 80% bezw. 0,26 entfallen. Die Kranken nahmen nach Boss viermal täglich zwei Stück eine halbe Stunde nach der Mahlzeit. Die Diätvorschriften gingen dahin hinaus, dafs aufser Vermeidung sämtlicher scharfer Substanzen, sowie des Alkohols, die Quantität der Getränke auf ein Minimum herabgesetzt wurde, um den Harn mit den Harzen zu sättigen und auf diese Weise die anästhesierende Wirkung des Präparats zu steigern. Boss hat 28 Fälle von frischer Blennorrhoe mit Gonosan behandelt und fafst die Wirkung dahin zusammen:

1. Das Gonosan beseitigt das Brennen bei der Harnentleerung und die Schmerzen.
2. Es wirkt diuretisch, klärt rasch den Urin und beschränkt die Sekretion.
3. Bleibt unter Gonosan die Mehrzahl der Fälle auf die vordere Harnröhre beschränkt. — Bei Cystitis klärt Gonosan rasch den Urin.

Küsel schliefst sich dem Urteil B.s über Gonosan an. Nebenerscheinungen, wie Verdauungsstörungen, Exantheme, Nierenreizungen, wurden nicht beobachtet.

Putzler-Dansig.

Der therapeutische Wert des Ichthyol- und Jodvasogens und deren Verwendbarkeit in der Praxis, von J. W. Friesser-Wien. Während das Ichthyolvasogen hauptsächlich in der gynäkologischen Praxis mit Erfolg verwertet wurde, bewährt sich das Jodvasogen bei der Behandlung verschiedener Geschwürsformen, z. B. in drei Fällen von torpiden, zum Teil vernachlässigten Unterschenkelgeschwüren, und auch bei tuberkulösen Geschwüren in 10%iger Konzentration. Hiervon führt Verfasser zwölf Fälle auf, die den guten Erfolg zeigen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Kenntnis und Verhütung des Jodismus, von Fritz Lesser-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 46.) Die Erscheinungen des Jodismus sind auf Jodkaliumwirkung zurückzuführen. Die bei Jodkalium- oder bei Jodipin per os-Darreichung plötzlich in Zirkulation gelangenden Jodkaliummassen, die plötzliche Überschwemmung der Gewebe, besonders der Schleimhäute, die am meisten Jodkalium aufspeichern, sind die Ursache des Jodalkalismus, indem der nach jeder Dosis plötzlich entstehende Jodalkaliafflux zu den Schleimhäuten daselbst katarrhalische Zustände erzeugt. Zur Bekämpfung bezw. Verhütung dieser unangenehmen Nebenerscheinungen mufs man eine protrahierte Resorption der Jodpräparate anstreben. Das gelingt durch die verschiedensten Mafsnahmen:

1. Durch die Verabfolgung der Jodsalze in schleimigen Stoffen;
2. durch Zerlegung der Tagesdosis in möglichst viele Einzeldosen;
3. durch Einverleibung der Jodpräparate per Klysma;
4. durch die Ersatzpräparate der Jodalkalien (Jodeiweifse, Jodfette);
5. durch Jodipininjektionen.

Bei Berücksichtigung dieser Mafsnahmen und durch geschickte Kombination derselben gelingt es fast stets, die unangenehmen Nebenwirkungen der Jodpräparate auszuschalten, ohne dabei der therapeutischen Wirkung verlustig zu gehen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Jodferratose bei Skrophulösen und Lues, von L. Bardach-Kreuznach. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 47.) Die Beobachtungen zeigen, dafs die Solbäder bei skrophulösen und luetischen Symptomen an Wirkung durch die Zufuhr von Jodeisen sehr unterstützt werden. Die Jodferratose, auf Grundlage des Schmiedebergschen Ferratin synthetisch dargestellt, hat sich als vollgültiger Ersatz des schlecht schmeckenden, leicht verderblichen, inkonstant zusammengesetzten Syrupus ferri jodati an zahlreichen Kreuznacher Kranken durchaus bewährt. Es ist als Antiskrophulosum besonders bei der lymphatisch-anämischen Form anzuwenden und kann dauernd und ohne Nebenwirkungen für Zähne oder Magen ohne Jodismus angewendet werden. Eine gewisse Bedeutung als Nährstoff kommt nach den Ausführungen Schmiedebergs dem Ferratin und seinen Verbindungen zu. In der Rekonvaleszenz von Syphilis fördert Jodferratose die durch die Quecksilberkuren herabgesetzte Blutbeschaffenheit.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Mercuro-Crême, von C. Pezzoli. (*Wien. klin. Rundsch.* 1903. Nr. 38.) Mercuro-Crême ist ein in Glycerin gelöstes, neutrales, stearinsaures Kalium, welches 33⅓% Glycerin enthält. Es ist eine bleigraue Masse, die sich in 3—5 Minuten in die Haut verreiben läfst. Die Einreibungen wurden von 27 Patienten gut vertragen und wirkten in erwünschter Weise. — Das Präparat ist wegen seiner Haltbarkeit und leichten Verreibbarkeit jedenfalls zu empfehlen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Nafalan (Retortenmarke) und seine therapeutische Anwendung, von E. Hönigschmidt-Weistrach. (*Med. Bl.* 1903. Nr. 37.) H. empfiehlt das Nafalan, das eine Verbindung von etwa 25% kaukasischem Naphtha und 5% Seife darstellt, und das seiner chemischen Zusammensetzung nach besteht aus: 83,97% Kohlenstoff, 62,77% Wasserstoff, 0,82% Asche, 0,02% Wasser und minimalem Schwefel. Aufser dem reinen Nafalan kommt es in den Handel als Hausnafalan, Nafalanpuder, Nafalansuppositorien und Nafalanpflaster. Die Wirkung ist nach H. eine entzündungswidrige, antiphlogistische, resorbierende, und er will damit bei akuten, sowie bei chronischen Krankheiten, insbesondere bei Phlegmone und Ekzemen, überraschende Resultate erzielt haben. *Putsler-Danzig.*

Sublamin in der Behandlung von Hauterkrankungen, von William S. Gottheil-New York. (*Med. News.* 17. Okt. 1903.) G. hatte Gelegenheit, das Mittel bei einer ausgedehnten, ca. 450 Kinder eines Waisenhauses betreffenden Epidemie von Ringworm der Kopfhaut zu erproben. Nachdem eine Reihe anderer Mittel, wie Chrysarobin, Formalin, Crotonöl, Sublimat usw., mit wenig Erfolg zur Anwendung gekommen war, gebrauchte er obiges Mittel, welches, weniger reizend wie Sublimat, in einer Lösung von 1:1000 bis 1:750 in Anwendung gezogen wurde. Unter den 100 damit behandelten Fällen befanden sich leichte, sowie schwere, schon mehrere Jahre zurückdatierende. Mit Ausnahme einiger weniger Fälle, welche G. für unheilbar hält und, als ständige Quelle der Weiterverbreitung, aus solchen Ansammlungsorten von Kindern ausgeschlossen wissen möchte, wurden alle genannten Fälle geheilt. Das Sublamin, ein Quecksilber-Sulfat-Äthylendiamin, wirkt rascher als das Sublimat, hat gleiche baktericide, aber mehr in die Tiefe gehende Wirkung wie dieses und, wie erwähnt, den Vorteil, dafs es in stärkerer Konzentration angewendet werden kann, ohne zu reizen. Die übrigen Mafsregeln, welche G. zur Bekämpfung dieser einzigartigen Epidemie, deren Hauptursachen er in Überfüllung der Schulen, Sorglosigkeit bei Zulassung der Kinder und mangelhafter Aufsicht sieht (Schulärzte. Ref.) anwandte, sind ebensosehr kurativer wie prophylaktischer Natur: kurz geschorene Haare, jeden Morgen Reinigung der Köpfe mit Sublimatlösung (1:3000), grüner Seife und schliefslich Einfettung mit 3%igem Salicylöl, endlich Verteilung von frisch sterilisierten Mützen,

welche jeden Morgen und Nachmittag stattfand, zweimal wöchentlich genaue ärztliche Untersuchung sämtlicher Kinder, bis die Epidemie im Erlöschen war.

Stern-München.

Dermatotherapeutische Erfahrung mit Thigenol „Roche", von Hönigschmidt-Weistrach. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 37.) Thigenol ist eine dunkle, zähflüssige, geruchlose, konzentrierte Natriumverbindung der Ölsulfosäure, in welcher 10% Schwefel organisch gebunden sind. Es löst sich im Wasser, Glycerin und Alkohol und verbindet sich mit Fetten ebenso gut wie mit Collodium. Es läfst sich von der Haut leicht mit Wasser entfernen. Wäsche läfst sich leicht von Thigenol reinigen. H. hat veraltete Ekzeme, Furunkulosis, Favus, Psoriasis usw. damit behandelt und konnte überall sofort eine schmerzstillende Wirkung, eine Abnahme der entzündlichen Erscheinungen und Austrocknung der Haut feststellen. Bei Furunkulosis gab H. 2,0 Thigenol in wässeriger Lösung und führt die nach 14 Tagen erfolgte Abheilung der Furunkulosis auf die Wirkung des Thigenols zurück. Auch intrauterin angewendet führte das Thigenol bei Endometritis, Menorrhagien verhältnismäfsig rasch Heilung herbei. Auch Scheidentampons, in 20—50%ige Thigenol-Glycerinlösung getaucht, bewähren sich bei Fluor alb. ganz vorzüglich. Nur in drei Fällen sah H. nach Anwendung von Thigenol Schmerzen auftreten, die er auf die übergrofse Hyperästhesie der Haut zurückführt.

Putzler-Dansig.

Verschiedenes.

Strafbarkeit der Übertragung einer Geschlechtskrankheit. Nach einer rechtskräftigen Entscheidung des Kgl. Landgerichts in München vom 6. Juni v. J. macht sich eines Vergehens der Körperverletzung aus § 260 des Strafgesetzbuches schuldig, wer, wissend, dafs er an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leidet, den Beischlaf ausübt und dadurch die geschlechtliche Erkrankung des anderen Teils herbeiführt. (Nach *Allg. med. Centralztg.* 1904. Nr. 1.)

Die Filariasis und ihre Folgen, von Primrose. (*Brit. med. Journ.* 14. Nov. 1903.) Nach Manson kann die Filaria sanguinis unter anderen folgende Krankheiten zeitigen: Abscesse, Lymphangitis, Schwellung der Leisten- und Achselhöhlendrüsen, Lymphskrotum, Varicen, Orchitis, Elephantiasis des Beines, Skrotums, der Vulva usw.

Der Verfasser beschreibt einen Fall von Filariasis bei einem 47jährigen Manne, der an Elephantiasis, Lymphskrotum, Lymphadenitis und Abscessen litt. Durch operative Beseitigung der enorm verdickten Skrotalhaut wurde der Patient gleichzeitig von zahlreichen im Skrotum eingeschlossenen Filaria-Embryonen befreit.

C. Berliner-Aachen.

Eosinophilie bei Bilharzia und Dracontiasis, von A. Balfour-Khartoum. (*Lancet.* 12. Dez. 1903.) Bei sechs Fällen von Dracontiasis und drei von der Bilharziakrankheit hat Verfasser Blutuntersuchungen angestellt und dabei für erstere Erkrankung fünfmal eine Steigerung des Prozentsatzes sogar auf 36,6% und bei letzterer eine Vermehrung auf 18,4% gegenüber der Norm von 7% konstatiert. Die polymorphonukleären Körperchen zeigten dagegen eine erhebliche Abnahme in beiden Fällen. Die Mitteilungen sollen keine endgültige Entscheidung bedeuten, sondern sind nur als Material (allerdings nicht ohne Wert! Ref.) publiziert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 38. No. 6. 15. März 1904.

Aus der dermosyphilopathischen Klinik der k. Universitätsklinik von Bologna, geleitet von Prof. Majocchi.

Histologische Untersuchungen über einige in der Dermatologie verwendete reduzierende Substanzen.

Von

Dr. Vignolo-Lutati, Assistent.

Mit zwei Tafeln.

I. Teil. Teer, Oleum cadinum, Oleum betulae.

Histologische Untersuchungen über den Einfluſs gewisser Medikamente auf die Haut sind keineswegs eine neue Erscheinung. Bereits im Jahre 1896 hatte sich Ledermann (2) mit der Wirkung der Osmiumsäure auf die normale Haut beschäftigt, und nach ihm hat Unna die Wirkung der nämlichen Substanz beim seborrhoischen Ekzem studiert. Als viel wichtiger jedoch müssen die experimentellen Untersuchungen Unnas und seiner Schule angesehen werden, welche dieselben Versuche mit einer Reihe in dermatotherapeutischer Richtung äuſserst wichtiger Präparate unternommen haben. So erschienen nach der Arbeit von Unna (1), „Ichthyol und Resorcin“, aus dem Jahre 1886, diejenigen von Buck (3) über das Pyrogallol, 1895, von Frickenhaus (4) über die Karbolsäure und von Hodara (5) über die Salicylsäure, 1896, von Kellog (6) über Resorcin, 1897. Im Jahre 1900 machte Hodara (7) eine Reihe interessanter Untersuchungen mit dem Chrysarobin, indem er dasselbe zunächst auf die Ohrmuschel des Kaninchens, sodann auf die gesunde Haut des Menschen und schlieſslich in einigen Fällen von sog. Ekzema seborrhoicum psoriasiforme Unna und von Alopecia areata in Anwendung brachte. Vor Hodara hatten jedoch schon Campana und Brignone, im Jahre 1900, eine experimentelle klinisch-histologische Studie über die Psoriasis herausgegeben, worin sie ihre Resultate bei der Anwendung des Chrysarobins beschrieben, und später Bosellini, welcher die Resultate seiner Untersuchungen in sechs Fällen von Psoriasis mitteilt, und zwar sowohl nach spontaner Heilung der Plaques,

als nach Chrysarobinbehandlung. Meine Arbeit bringt somit nichts Neues in physiopathologischer Hinsicht, wohl aber in dem Sinne, dafs ich mit bisher in dieser Richtung noch nicht untersuchten Substanzen experimentiert habe. Bei dieser Gelegenheit möchte ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. MAJOCCHI, meinen tiefgefühlten Dank ausdrücken für seine wertvolle Unterstützung bei der Abfassung dieser Arbeit.

Als Untersuchungsfeld für meine Experimente habe ich, auf Anraten von Herrn Prof. MAJOCCHI, den Hahnenkamm gewählt. Derselbe weist nämlich eine sehr gut entwickelte Epidermis auf, ohne Haare und mit reichlichen Gefäfsen, so dafs er sich zu Experimenten dieser Art viel besser eignet als das Ohr von Kaninchen. Die zur Anwendung gelangten Substanzen sind der Teer, das Ol. cadinum, Ol. betulae, das Anthrarobin, das Gallacetophenol und das Ichthyol. Sie gehören alle zur Gruppe der sog. reduzierenden Mittel.

UNNA unterscheidet schwache und starke reduziereude Mittel, und sagt LEISTIKOW in dieser Beziehung folgendes: „Wir müssen unterscheiden zwischen schwacher und starker Einwirkung auf die unverletzte, d. h. ihres Epithels nicht beraubte Haut.“ Das Ichthyol gehört zu den schwachen Substanzen dieser Gruppe; das Gallacetophenol, Anthrarobin, der Teer und dementsprechend das Oleum cadinum uud betulae zu den starken. Es ist hier nicht der Ort, über die therapeutische Wirkung dieser Präparate zu reden. Zweck meiner Untersuchungen war vielmehr, auf histologischem Wege nachzuweisen, nach welchem Mechanismus diese Substanzen eine mehr oder weniger tiefe Wirkung auf die Hautgewebe ausüben, um daraus auf dem Boden allgemeiner Betrachtungen eine bessere Erklärung für ihre Wirkung im dermatologischen Sinne zu gewinnen. Ich habe deshalb überall, wo es tunlich war, bei meinen Untersuchungen die reinen, unvermischten Substanzen angewendet, um nicht ihre Wirksamkeit durch die verschiedenen Vehikel abzuschwächen.

Teer.

In einer ersten Serie von Untersuchungen habe ich den reinen Teer angewendet, welcher, wie bereits bemerkt, zu den stärkeren reduzierenden Mitteln gehört. Derselbe regt nämlich nach LEISTIKOW „die Verhornung an, erweicht verdickte Hornschicht, vermindert die Schuppenbildung, hemmt das Wachstum der Stachelzellen wie der Schwefel, verengt und verschliefst also die Lymphbahnen der Oberhaut, wirkt austrocknend, energisch adstringierend auf die Papillargefäfse und dadurch stark in die Tiefe, beeinflufst also chronisch entzündliche Infiltrationen.

Erster Versuch. Mittels eines Pinsels trage ich auf eine kleine Fläche eines zuvor entfetteten und mit gewöhnlichem Alkohol abgewaschenen Hahnenkammes reinen Teer auf und wiederhole diese Prozedur

zweimal täglich während dreier Tage. Sodann exzidiere ich die so behandelte Fläche, wasche sie mit Äther und schliefse sie in Paraffin ein. Bei der mikroskopischen Untersuchung der mit Eosin und Thionin gefärbten Schnitte konstatiere ich, dafs die Hornschicht stellenweise aufgeschwellt und wie verdickt aussieht, während sie sich an anderen Punkten lamellenförmig ablöst; bisweilen ist sie von der Körnerschicht abgetrennt. In letzterem Falle findet man exsudative Prozesse in der Körnerschicht, sowie in den darunter liegenden Zellen das Rete Malpighii. Die einzelnen Elemente der Körnerschicht und der oberen Schichten des Rete sehen wie ödematös aus; sie sind mehr oder weniger aufgetrieben und färben sich schlecht, so dafs sich Degenerationsprozesse nur schwer nachweisen lassen; die Zellkonturen sind verwischt, die Kerne klein und kaum gefärbt, und zuweilen findet man homogene, mehr oder weniger voluminöse Massen mit Kerndetritus, welche offenbar degenerierten Zellengruppen entsprechen. Diese Exsudations- und Degenerationszustände weisen nicht an allen Stellen des Gesichtsfeldes dieselbe Intensität und Tiefe auf. An einzelnen Punkten treten sie viel sichtbarer hervor, so dafs die Epidermis in ihrer ganzen Ausdehnung stark verdickt erscheint. Die Zellen der tieferen Schichten des Rete und besonders der Basalschicht sind mehr oder weniger vergröfsert, haben gut sichtbare Kerne, von denen sich zahlreiche im Zustande der Karyokinese befinden.

Die entsprechende darunter liegende oberflächliche Cutis ist etwas infiltriert; die tiefer gelegene Cutis ist aufgetrieben und gelockert.

Bei dieser Gelegenheit mufs bemerkt werden, dafs ich öfters in den tieferen Cutisschichten, weniger in den oberflächlicheren und in der Epidermis, mehr oder weniger voluminöse amorphe Pigmentschollen hier und dort zerstreut vorgefunden habe. Es lag mir natürlich sehr daran, festzustellen, ob diese Pigmenthaufen in irgendwelcher Beziehung zu der angewendeten medikamentösen Substanz gestanden hatten; diese Substanzen hätten entweder nach ihrer Aufpinselung auf die Epidermis tiefer in die Gewebe eindringen können, oder aber es hätte sich um zufällige Erscheinungen nach den wiederholten Übertragungen der Schnitte durch die verschiedenen Fixations- und Färbesubstanzen handeln können. Zur Beantwortung dieser Fragen habe ich folgende Proben angestellt:

1. Nach Entfernung der in oben beschriebener Weise mit Teer behandelten Gewebspartie und sorgfältiger Abwaschung mit Äther, habe ich das Stück mit einem Gefrierapparat in eine Reihe von Schnitten zerlegt und die Schnitte ohne Behandlung mit Alkohol untersucht. Der Befund widersprach vollständig der Hypothese, dafs es sich um ein Eindringen der medikamentösen Substanz in die Tiefe in Gestalt amorpher Schollen gehandelt haben dürfte. Wohl zeigten die Schnitte schon makroskopisch eine leichte gelbliche, diffuse Färbung in der Cutiszone, welche Färbung

gegen die Tiefe der Cutis zu dunkler wurde; bei der Untersuchung mit dem Mikroskop dagegen vermochte ich sowohl nach rascher Behandlung mit absolutem Alkohol, als nach etwas längerem Verweilen der Schnitte in derselben Flüssigkeit, welche vollständig farblos blieb, keine amorphen Niederschläge der medikamentösen Substanz in der Cutis nachzuweisen. Beim Vergleiche dieser Schnitte mit anderen aus Stücken normalen Hahnenkammes, die ich unter gleichen Verhältnissen frisch untersuchte, konstatierte ich in den ersteren eine Art diffuser Gelb- oder eigentlich besser heller Braunfärbung im Derma, neben einem gewissen Grade von Pigmentvermehrung in der Basalschicht der Epidermis. Daraus schloſs ich, daſs die genannten amorphen Pigmentmassen weiter nichts waren, als zufällige Erscheinungen infolge mangelhafter Sorgfalt bei der Fixation der Gewebsstücke und der Anlegung der Schnitte.

Bei dieser Gelegenheit habe ich aber gleichzeitig konstatieren können, daſs die reduzierende Substanz nicht nur auf die Epidermis und Cutis einwirkt, indem sie darin die oben angedeutete Reaktion hervorruft, sondern sie muſs, wie dies UNNA in seinen Arbeiten über das Ichthyol hervorgehoben hat, die Haut in ihrer ganzen Dicke auf dem Wege der Lymphbahnen durchdringen und besondere chemische Reaktionen hervorrufen. Nun aber verschwindet diese Pigmentation trotz der Behandlung mit Alkohol, Schwefeläther und Chloroform, welche bekanntlich alle den Teer auflösen, keineswegs.

2. In dieser Serie habe ich die mit Teer in der nämlichen Weise behandelten Gewebsstücke nicht mit Äther abgewaschen, oder wenigstens nur oberflächlich. Beim mikroskopischen Vergleiche mit den Präparaten der vorhergehenden Reihe konnte ich konstatieren, daſs die amorphen Pigmentmassen in dieser zweiten Reihe fehlten, während sie in der ersten sehr zahlreich waren; ein neuer Beweis für unsere Ansicht, daſs es sich bloſs um akzidentelle Verunreinigungen handelt, indem die amorphen Pigmentmassen bereits nach dem Verweilen der Präparate in Alkohol vollständig verschwinden und nur eine diffuse gelbliche Färbung zurücklassen.

3. Hier wurden die Gewebsstücke nicht zuvor mit Teer behandelt, sondern erst nach ihrer Abtragung in mehr oder weniger konzentrierten Teerlösungen gelassen. Sodann wurden die Stücke mit dem Gefrierapparate geschnitten, um die multiplen Übertragungen in Paraffin, Chloroform, Xylol oder Terpentin zu umgehen. Bei der Untersuchung der frischen, ungefärbten, rasch durch destilliertes Wasser und absoluten Alkohol gezogenen Schnitte konnte ich wohl hier und da eine kleine amorphe Masse zwischen den Bindegewebsfibrillen der Cutis entdecken; nirgends aber war eine namhafte diffuse Pigmentation der Cutis selbst zu finden.

4. Diese Gewebsstücke wurden während dreier Stunden mit Teer behandelt, exzidiert und mit dem Gefrierapparat geschnitten. Ich beab-

sichtigte mit dieser Versuchsreihe den Nachweis zu leisten, ob der Teer in die Lymphbahnen oder eigentlich besser in die intercellulären Räume eingedrungen war, und zu sehen, mit welcher Schnelligkeit dieses Eindringen nach der Cutis zu vor sich gegangen war. In der bereits ödematösen Epidermis fand ich infolge des raschen Auftretens exsudativer Prozesse eine Erweiterung der Zellzwischenräume und eine mehr oder weniger ausgesprochene Gelb- resp. Braunfärbung, aber weder in der Epidermis, noch in der Cutis Spuren von amorphen Massen.

Nach längerem Verbleiben in destilliertem Wasser und noch rascher in gewöhnlichem und absolutem Alkohol gingen diese Erscheinungen verloren, aus welcher Tatsache hervorgeht, dafs zwar die genannte Gelbfärbung auf ein langsames Eindringen der medikamentösen Substanz in das Hautgewebe zurückgeführt werden kann, dafs man sie aber keineswegs mit der anderen, sub 1 konstatierten Färbung identifizieren darf, welche wir als eine besondere chemische Reaktion aufgefafst haben, die in einem Hautgewebe zustande kommt, das während längerer Zeit mit Teer behandelt worden.

Zweiter Versuch. Ich appliziere einmal täglich während sechs Tagen Teer auf den Kamm eines Hahnes; dann exstirpiere ich die so behandelte Stelle, reinige die Oberfläche, fixiere in Alkohol und schliefse in Paraffin ein. Die Schnitte werden in Thionin-Eosin gefärbt. Bei der Untersuchung bei starker Vergröfserung findet man viel ausgesprochenere exsudative Prozesse als beim ersten Versuch. Die Reaktion ist aber nicht an allen Stellen eine gleichmäfsige, offenbar weil der Teer auch nicht überall in ganz gleichmäfsiger Weise aufgetragen werden kann. Da, wo die Reaktion am intensivsten erscheint, ist auch die Epidermis am meisten verdickt und die Cutis aufgetrieben und infiltriert, besonders in den tieferen Schichten, wo das Bindegewebe auch unter normalen Verhältnissen dichter ist. An anderen Stellen dagegen ist die Verdickung der Epidermis viel geringer. Da wo die Epidermis ihrer Hornschicht entbehrt, erscheint sie in Gestalt mehr oder weniger dicker Haufen von aufgetrieben degenerierten, schlecht gefärbten Zellen mit verwischten oder vollständig verschwundenen Konturen, wobei nur noch einige Kernüberreste für das Vorhandensein einer Zelldegeneration Zeugnis ablegen. Diese Zelldegeneration verwandelt mehr oder weniger dicke und ausgedehnte Epidermisbezirke in amorphe und homogene Massen. Meist wird diese Erscheinung da angetroffen, wo der Teer während längerer Zeit stationieren und seine Wirkung gleichmäfsig ausüben konnte, nämlich in den interpapillären Epithelwällen. Daneben konstatiert man wieder andere Stellen, wo die exsudativen Erscheinungen kaum angedeutet sind, indem dort die Substanz aus äufseren Gründen nicht gleichmäfsig aufgetragen werden konnte. An diesen Stellen findet man in den tiefen Schichten nicht selten Karyokinesen, bei etwas auf-

getriebener Horn- und Körnerschicht, sowie darunter liegender Schleimschicht. In denjenigen Epidermisbezirken, wo die oben beschriebenen Degenerationszustände konstatiert wurden, vermochte ich keine Körnerschicht zu entdecken, dagegen mehr oder weniger homogene Massen, welchen Schichten des Rete Malpighii anliegen, deren Zellen zuweilen um das Doppelte vergrößert sind, und die einen großen, gut färbbaren Kern führen. Zahlreiche Mitosen gegen die Basalschicht zu. An diesen Stellen ist offenbar die Reaktion eine intensivere gewesen und demgemäß die regenerativen Prozesse in den tiefer gelegenen Elementen der Epidermis auch ausgesprochener, so daß es zur Bildung hypertrophischer Zellen im Rete kommen mußte. Diese hyperplastischen und hypertrophischen Erscheinungen in den tieferen Epidermiszonen sind gleichbedeutend mit einer Erneuerung der Epidermis und dienen zum Ersatze derjenigen Epidermiszellen, welche einer hydropischen Degeneration verfallen sind. Diese Erscheinungen sind dann auch nur vorübergehend und verschwinden, sobald sich die degenerierten Epithelien abschuppen und die Ursachen der Degeneration ihre Wirkung eingestellt haben. Die Epidermis wird dann von diesem Augenblicke an normales Aussehen annehmen.

In den entsprechenden Cutisabschnitten konstatiert man einen gewissen Grad von Infiltration in den oberflächlicheren Schichten; das kollagene Gewebe erscheint an vielen Stellen aufgelockert, aufgetrieben und stellenweise reicher an fixen Zellen.

Aus diesem Befunde läßt sich auf die therapeutische Wirkung des Teeres schließen. Dieselbe ist nämlich nicht nur eine gewissermaßen oberflächliche, wobei nur die Epidermiszellen beeinflußt werden, mit denen der Teer direkt in Kontakt gelangt, sondern auch eine tiefergreifende, bis in die Cutis reichende. Es erklärt sich hieraus ebenfalls, wie der Teer bei chronischen Hautinfiltraten resolvierend zu wirken vermag.

Oleum cadinum und Oleum betulae.

Bereits Unna hat therapeutische Versuche mit diesen beiden Präparaten gemacht; so viel ich weiß, ist aber nichts über die histologische Wirkung derselben bekannt. Leistikow drückt sich hierüber folgendermaßen aus: „Ich habe eine große Reihe von Versuchen angestellt und gefunden, daß das Oleum cadinum am wenigsten reizend wirkt, daß sonstige therapeutische Unterschiede zwischen diesen drei Teersorten aber fehlen.“ Das Oleum cadinum wird aus den Fruchtstengeln des Wacholderstrauches extrahiert, das Oleum betulae oder rusci aus dem Lignum betulae.

Ich bepinsele einmal täglich während sieben Tagen eine bestimmte Stelle des rechten Kollers eines Hahnes mit reinem Oleum cadinum, die entsprechende linke Seite in gleicher Weise mit Oleum rusci. Sodann

exzidiere ich die so behandelten Koller, wasche sie mit Äther ab und schliefse sie in Paraffin ein. Beide Teersorten erwiesen sich als wenig reizend. In dem mit Oleum cadinum behandelten Stücke zeigt sich die ganze Epidermis gleichmäfsig verdickt. Die Hornschicht ist aufgelockert und aufgeschwellt, und zwar erreicht die Auflockerung stellenweise einen solchen Grad, dafs die Epidermis wie in eine Anzahl von durch mehr oder weniger weite Zwischenräume getrennte Schichten aufgelöst erscheint. Hier und da erhält man den Eindruck, als ob sie in eine oberflächlichere dunkle und eine tiefere hellere getrennt wäre. Stellenweise erscheint die Hornschicht in ihrer ganzen Dicke von der darunterliegenden Körnerschicht losgetrennt. Die Körnerschicht ist an einzelnen Stellen viel besser sichtbar als unter normalen Verhältnissen: die einzelnen Zellen sind intensiver gefärbt und enthalten mehr Keratohyalinkörner. Die Zellenlager im darunterliegenden Rete Malpighii sind zuweilen um das Doppelte vermehrt, ohne jedoch dafs die einzelnen Elemente in ihren Volumen vergröfsert wären; wohl aber ist der Kern stärker gefärbt und viel sichtbarer. In der Basalschicht trifft man hier und da Mitosen an. An anderen Stellen des Stratum granulosum und der oberflächlicheren Lagen der Schleimschicht sind die Zellen ödematös und vakuolisiert, infolgedessen auch schlecht gefärbt. In den tieferen Reihen der Schleimschicht dagegen sind die Elemente wohl entwickelt, gut gefärbt, und öfters sind ihre Kerne in Mitose. Wieder an anderen Stellen fehlt die Körnerschicht ganz, so dafs man die Illusion einer enormen Hornschicht mit Erscheinungen von Parakeratose in der Tiefe auf den ersten Blick erhält. Bei näherer Betrachtung erkennt man aber, dafs sowohl in der Körnerschicht als in den oberflächlichen Schichten des Rete Malpighii die Zellen mangelhaft oder gar nicht gefärbt sind, so dafs sie ein homogenes konfuses Ganzes von Zellenelementen bilden, ohne erkennbare Grenzen, ohne oder mit atrophischen resp. zerfallenen Kernen (Chromatolyse). An diesen Stellen erscheint demnach die Hornschicht bedeutend verdickt; bei ihrer Vergleichung mit den benachbarten normalen Partien erkennt man jedoch, dafs an dieser scheinbaren Verdickung auch die Körnerschicht teilnimmt, wo die Keratohyalinkörner gleichsam untereinander verschmolzen, wie es Hodara bei seinen Untersuchungen mit der Salicylsäure beobachtet hat.

Ein scharfer Übergang von den degenerierten zu den normalen Zellschichten des Rete Malpighii läfst sich nicht erkennen. Wohl konstatiert man zwischen den beiden Zellen, welche gleichsam eine Zwischenstufe bilden, und in welchen die einzelnen Elemente scharfe Konturen aufweisen, obwohl sie sich nur schwach färben lassen und sie stellenweise Vacuolen enthalten.

Im Derma sind die Bindewebestrabekel aufgelockert, und konstatiert man eine mäfsige Infiltration. Die Zwischenräume sind etwas erweitert

und mit roten Blutkörperchen ausgefüllt. In den tieferen Schichten der Cutis ist das kollagene Gewebe erweicht, etwas aufgetrieben, und die fixen Zellen sind vermehrt.

Daraus ersieht man, bis zu welcher Tiefe der Cutis sich die Wirkung des Oleum cadinum fühlbar macht. Ebenfalls läfst sich auch daraus erklären, warum in den chronischen Infiltraten mit Erweichung des Bindegewebes mit dem Oleum cadinum eine Resorption der Infiltrate herbeigeführt werden kann.

Oleum rusci.

Die Reaktion sowohl von seiten der Epidermis als der Cutis ist hier nicht wesentlich verschieden von der vorhergehenden Gruppe mit Anwendung von Oleum cadinum. Die aufgeschwellte Hornschicht ist beinahe vollständig in Lamellen zerklüftet und meist von der darunterliegenden Epidermis abgetrennt. Die letztere führt oberflächlich unregelmäfsige Anhäufungen unförmlicher und farbloser Elemente, welche zu einer homogenen Masse zusammengeschmolzen sind. Die Abstammung dieser Masse aus Epidermiszellen läfst sich aber an den Seiten und in der Tiefe leicht erkennen, indem sie an Zellen grenzt, deren Konturen noch leicht erkennbar sind, die sich aber nur schwach färben. An den diesen nekrotischen Massen entsprechenden Stellen der mittleren Epidermisschichten findet man eine ziemlich beträgtliche Verdickung der letzteren, welche ihre Ursache entweder einer ödematösen Schwellung der oberflächlichen oder einer Hyperplasie der tieferen Abschnitte verdankt. Vergleicht man sie nämlich mit den benachbarten Abschnitten normaler Epidermis, so bemerkt man, dafs die Körnerschicht mit einem Teile der Schleimschicht in die homogenen Massen degenerierter Epidermis mit hineingezogen worden ist. Nur nach der Tiefe zu konstatiert man deutlich sichtbare Zellreihen der Schleimschicht, von denen einzelne Elemente, besonders in der Basalschicht, Kerne in Mitose aufweisen. In der Cutis scheint die Reaktion etwas intensiver zu sein als in den Versuchen mit Oleum cadinum. Es zeigt sich also im grofsen und ganzen, dafs das Oleum rusci reizender, stimulierender wirkt als das Oleum cadinum.

II. Teil. Anthrarobin, Gallacetophenon, Ichthyol.

Diese Präparate werden bekanntlich hauptsächlich bei der Psoriasis gebraucht, neben dem Pyrogallol und dem Chrysarobin, womit Buck und Hodara Untersuchungen angestellt haben. Das Anthrarobin wurde durch Behrend an Stelle des Chrysarobins und Pyrogallols in die Psoriasistherapie eingeführt. Nach einzelnen Autoren ist seine Wirkung langsamer als die des Chrysarobins, aber intensiver als die des Pyrogallols; nach Leistikow dagegen wirkt es nicht so stark als das letztere, weshalb es

auch besser vertragen wird. Zu diesem Schlusse gelangen wir auch in unseren Experimenten. Das Gallacetophenon, welches von NENSKI entdeckt und von REKOWSKI beschrieben wurde, ist ein Derivat des Pyrogallols. In die Psoriasistherapie wurde es durch v. INS als Keratolytikum eingeführt. Nach ROSENTHAL wirkt es langsamer als Pyrogallol, womit unsere Untersuchungsresultate übereinstimmen. Im Gegensatze zu den Teerpräparaten habe ich das Anthrarobin und Gallacetophenon nicht in reiner Form angewendet, sondern in folgender Zusammensetzung: Anthrarobin 10,2 (resp. Gallacetophenon 5,10), Traumaticin 100,0.

Anthrarobin.

Erster Versuch. Mit dem oben genannten 10 %igen Anthrarobin-Traumaticen habe ich einen Hahnenkamm einmal täglich während dreier Tagen nach vorhergehender Entfettung mit Alkohol bepinselt. Darauf wurde er exzidiert, in Alkohol fixiert und, nach Entfernung der überschüssigen medikamentösen Substanz, in Paraffin eingeschlossen.

Bei starker Vergrößerung erscheint die Hornschicht verdickt und intensiver gefärbt in den oberflächlichen Schichten; stellenweise ist sie aufgetrieben und aufgelockert. Unter dem Stratum corneum läßt sich kein Stratum lucidum erkennen. Die einzelnen Zellen der Körnerschicht sind stellenweise noch normal, während sie an anderen Orten aufgetrieben, hydropisch sind. Wieder an anderen Stellen ist die Körnerschicht unter der Hornschicht kaum zu unterscheiden, außer da allenfalls, wo man sie mit benachbarten normalen Abschnitten vergleichen kann. Dort konstatiert man nämlich unregelmäßige, beinahe homogene Anhäufungen von Zellen, deren Konturen beinahe vollständig verwischt sind, sich schwer färben lassen und entweder ihren Kern verloren haben, oder wo derselbe durch Zerfallsprodukte ersetzt ist. Unter diesen nekrotischen Massen, die sich nicht über die ersten zwei oder drei Zellenreihen erstrecken, sind die Zellen des Rete Malpighii hyperplasiert, was seine Ursache in dem Vorhandensein einer geringen Anzahl von Mitosen in der Basalschicht hat. In der Cutis bestehen entzündliche Reaktionserscheinungen. Die Bindegewebslücken der oberflächlichen kavernösen Cutis sind erweitert und mit kernhaltigen roten Blutkörperchen vollgepfropft. Auch die Bindegewebstrabekel sind ebenfalls mehr oder weniger kleinzellig infiltriert, besonders in den Papillen. In den tieferen Lagen der Cutis ist die Reaktion weniger intensiv, die Infiltration nur eine spärliche und die kollagenen Bündel nur stellenweise aufgelockert.

Zweiter Versuch. Aufpinselung einer 20%igen Mischung von Anthrarobin - Traumaticin einmal täglich während dreier Tage. Die Reaktion der Gewebe war hier natürlich entsprechend stärker als in der vorhergehenden Versuchsreihe. Die Hornschicht ist an einzelnen Stellen

verdickt, an anderen löst sie sich oberflächlich in reichlichen, dünnen Lamellen ab, welche, offenbar infolge von Imbibition durch die medikamentöse Substanz, schwach gelblichbraun pigmentiert erscheinen. An anderen Stellen fehlt die Hornschicht vollständig; von der Körnerschicht sieht man an einigen Punkten keine Spur mehr: unter dem Stratum corneum ist die Epidermis in eine schlecht gefärbte mehr oder weniger homogene Masse von verschiedener Dicke umgewandelt, welche spärlichen Kerndetritus führt. Unter dieser Masse lassen sich unzweifelhafte exsudative Prozesse in einzelnen Schichten des Rete Malpighii erkennen. Die Zwischenzellenräume sind gut sichtbar und erscheinen erweitert. Von den Zellen sind einzelne vakuolisiert, aufgetrieben, schwach gefärbt, mit ebenfalls schwach gefärbtem Kerne, der aufserdem zuweilen von einem hellen mehr oder weniger sichtbaren Hofe umgeben ist. Es besteht also eine gewisse Neigung zur Bildung von Bläschen, jedoch nicht jener inter- und intracellulären Blasen, welche HODARA bei seinen Untersuchungen mit dem Chrysarobin beschrieben hat. Unter diesen ödematösen Schichten des Rete Malpighii findet man stellenweise ziemlich zahlreich hypertrophierte Zellreihen, d. h. also eine eigentliche Hyperplasie der Epidermiszellen mit grofsem, gut färbbarem Kerne. In der entsprechenden Basalschicht sind die Mitosen zahlreicher als in dem vorhergehenden Experimente. Im oberflächlichen kavernösen Derma sind die Bindegewebslücken mit roten Blutkörperchen angefüllt, und an den Wandungen dieser Bindegewebslücken konstatiert man eine ziemlich ausgesprochene kleinzellige Infiltration. Die tieferen Cutisschichten sind aufgelockert, ödematös, die Zahl der fixen Zellen ist vermehrt. Die Reaktion von seiten der Cutis ist somit hier bedeutender als in dem vorhergehenden Versuche. Was das Resultat der beiden Versuchsreihen gleichzeitig anbelangt, so mufs ich bemerken, dafs sie mit dem Befunde von HODARA bei seinen Experimenten mit dem Chrysarobin übereinstimmen. Ins praktische Feld übertragen, darf man sagen, dafs das Anthrarobin sehr wohl das Chrysarobin zu ersetzen vermag.

Gallacetophenon.

Erster Versuch. Zur Anwendung kam hier eine 5%ige Traumaticinmischung, und verfuhr ich im übrigen ganz wie im soeben beschriebenen Versuche.

Bei schwacher Vergröfserung erschienen die reaktiven Erscheinungen intensiver als mit dem Anthrarobin. Bei starker Vergröfserung konstatierte ich folgenden Befund: Die Hornschicht ist verdickt und stellenweise wie in zwei Teile getrennt, d. h. einen oberflächlicheren, dichteren, mehr oder weniger intensiv bräunlich pigmentierten und einen darunter liegenden dünneren, durchsichtigen, farblosen. Die Körnerschicht erscheint an ein-

zelnen Stellen stark ödematös, an anderen dagegen vollständig normal. Das Rete Malpighii ist, zumal in seinen oberen Schichten, stark ödematös und demgemäfs schwach gefärbt. Diese Verdickung ist aber keineswegs eine Folge einer Vermehrung der Zellschichten, sondern nur einer beträchtlichen hydropischen Schwellung der Zellen. Die Zellzwischenräume sind nur wenig erweitert, und in der Basalschicht bemerkt man einige spärliche Mitosen. Diese, wie wir sie nennen wollen, ödematöse Verdickung der Epidermis ist sehr deutlich erkennbar, wenn man die Stellen mit den benachbarten vergleicht. In der oberflächlichen Cutis sind die Bindegewebsräume erweitert und angefüllt mit kernhaltigen roten Blutkörperchen; die Wandungen der genannten Räume sind infiltriert; das kollagene Gewebe der tiefen Cutisschichten erscheint geschwellt. Unser Befund stimmt also so ziemlich überein mit den Untersuchungsresultaten von Buck mit 5%igem Pyrogallol. Wir dürfen aber allerdings nicht vergessen, dafs das Gallacetophenon ein Derivat des Pyrogallols ist.

Zweiter Versuch. Dasselbe Experiment mit 10%igen Gallacetophenonen. Die Reaktion ist intensiver als mit dem Anthrarobin. Die Hornschicht ist stellenweise vollständig losgelöst in Gestalt einer freien Lamelle, an anderen Punkten fehlt sie gänzlich oder ist brückenartig aufgehoben, die darunterliegenden Epidermisschichten überspannend. Der so entstehende freie Raum ist sodann teilweise mit Zell- und Kerndetritus ausgefüllt. Nach unten grenzt er an einen zerklüfteten Epidermissaum, der aus homogenen Massen besteht. In diesen Epidermismassen unterscheidet man noch hier und da einzelne Zellelemente mit sehr verschwommenen Umrissen und kaum gefärbt, sowie Kerndetritus. Die Dicke dieser homogenen Epidermismassen ist nicht überall dieselbe und erstreckt sich über eine oder mehrere Zellreihen des Rete Malpighii, beschränkt sich aber meist auf die oberen drei oder vier Reihen. An anderen Stellen, wo die Hornschicht in Form einer freien Lamelle von der Unterlage abgehoben ist, fehlt die Körnerschicht, dafür findet man dort eine Reihe von zelligen Elementen, welche hydropisch aufgetrieben sind, ganz oder beinahe vollständig farblos sind und einen kleinen mehr oder weniger nach der Peripherie der Zelle verschobenen Kern enthalten, der übrigens auch ganz fehlen kann. An anderen Orten wieder sind stark vakuolisierte Zellen zu sehen mit Neigung zur Blasenbildung. Das Ödem ist nicht ausschliefslich intracellulär, sondern auch intercellulär. Die Zellzwischenräume sind nämlich keineswegs infolge der Auftreibung der Zellen verschwunden; im Gegenteile erscheinen sie meist mäfsig erweitert und stellenweise sogar nicht unbeträchtlich. Unterhalb dieser hydropischen Zellen der Schleimschicht befinden sich mehr oder weniger zahlreiche Zellreihen von normalem Aussehen, die sich gut färben lassen, etwas gröfser sind als normal, aber einen gut färbbaren Kern enthalten. Eine mäfsige Zahl von

Mitosen ist in der Basalschicht zu sehen. In der oberflächlichen Cutis herrschen ziemlich intensive entzündliche Prozesse vor; das kollagene Gewebe der tieferen Cutisschichten ist aufgelockert und aufgetrieben. Die exsudativen Erscheinungen sind demnach in diesem Versuche ausgesprochener als in dem vorhergehenden. Wir haben bereits hervorgehoben, wie sich nach dem oberflächlichen Substanzverlust der Epidermis in der Basalschicht ein mitotischer Ersatzprozefs einstellt.

Weder beim Gallacetophenon noch beim Anthrarobin haben wir die für das Chrysarobin charakteristische weinrote Färbung konstatieren können. Die reizende Wirkung des Gallacetophenons ist somit etwas geringer als die des Pyrogallols, aber entschieden stärker als die des Anthrarobins und nähert sich derjenigen des Chrysarobins. Die Verwendung des Gallacetophenons und Anthrarobins als Keratolytica in ihren reizenden Wirkungen entsprechenden Konzentrationen ist somit vollständig indiziert.

Unna war der erste, der sich mit dem Studium dieses Präparates abgegeben und ihm in der Dermotherapie einen wichtigen und dauerhaften Posten angewiesen hat. Es gehört ebenfalls zur Gruppe der sogenannten reduzierenden Mittel und wirkt, wie Leistikow sich ausdrückt, „fördernd auf die Verhornung, anämisierend unter Desquamation der Hornschicht, sekretionsbeschränkend, gefäfskonstringierend, die Resorption anregend und befördernd bei entzündlichen kutanen und subkutanen Prozessen, ödembeseitigend und antiparasitär."

Ichthyol.

Wir haben in unseren Experimenten das Ichthyol in reiner Form angewendet. Die Dauer der Applikation auf dem Hahnenkamm betrug, bei einmaliger Aufpinselung pro die, ein, fünf und zehn Tage. Dann haben wir ferner die Gewebe untersucht, nachdem während mehrerer Tage die Behandlung unterbrochen worden war. Um uns der Ausdrucksweise Unnas zu bedienen, mufs somit unsere Behandlung als intensive taxiert werden. Unna sagt bei dieser Gelegenheit: „Die Erfahrung hat mich nun gelehrt, dafs die Wirkung dieser Substanzen auf die von unverletzter Oberhaut bedeckte Cutis ganz verschieden, und zwar bei allen gleichartig verschieden, ausfällt, je nachdem geringe und oberflächlich einwirkende oder grofse und tiefgreifende Quantitäten in Betracht kommen. Diese Divergenz zeigt sich bei allen Reduktionsmitteln gleichmäfsig; sie hängt nicht von den einzelnen Besonderheiten der Mittel ab, sondern liegt im Wesen der künstlichen Reduktion lebender Materie. Die schwache Einwirkung zeigt sich zunächst in einer Veränderung der Hornschicht. Die starke Einwirkung unserer Mittel auf die fertige Hornschicht allein ist nicht verschieden von derjenigen der schwachen. Es tritt allerdings

viel rascher als bei jener eine Verdickung und Eintrocknung der Hornschicht zu einer pergamentartigen Membran ein."

Bei der starken Wirkung dagegen „wird die Stachelschicht nicht mehr wie bei schwacher Einwirkung der Verhornung zugeführt, sondern dem Zerfalle und zunächst der Erweichung."

Über das Ichthyol insbesondere sagt Leistikow ferner: „In starker Dosis wirkt es entzündungserregend, erweichend auf kollagenes Gewebe."

Erster Versuch. Aufpinselung von reinem Ichthyol auf einen kleinen Bezirk eines Hahnenkammes; Entfernung des Stückes nach 24 Stunden; Fixieren in Alkohol und Einschliefsen in Paraffin. Vor der Fixierung in Alkohol wurde aber jeweilen die überschüssige medikamentöse Flüssigkeit mit Äther abgewaschen. Makroskopisch betrachtet, sind die Schnitte an ihrem Hornhautrande beinahe schwarz, der gröfste Teil dagegen zeigt eine kaum bemerkbare gelblichbraune Färbung. Nach Färbung der Schnitte mit Eosin-Thionin konstatiert man, dafs sich die Hornschicht mit der Ichtyolkruste während der verschiedenen Manipulationen abgelöst hat. An diesen Stellen ist die Epidermisoberfläche aus ödematösen, schlecht gefärbten Zellen gebildet, mit verschwommenen Umrissen und kaum erkennbaren Kernen. Diese Zellen gehen in eine homogene Masse über, die eine ziemlich intensive, diffuse, nicht gleichmäfsige, vom Thionin herrührende Färbung haben. Unterhalb der ebenbeschriebenen sind andere, etwas besser aussehende Zellen, die ebenfalls hydropisch sind, aber schärfere Umrisse und einen von einem hellen Hofe umgebenen Kern haben (perinukleäres Ödem). In den darunter liegenden Schichten des Rete Malpighii ist es zu einer kompensatorischen Hyperplasie der Elemente gekommen, welche gut gefärbt und ausgebildet sind und einen gut sichtbaren Kern enthalten; in der Basalschicht sieht man stellenweise Karyokinesen. Infolge dieser zum Teil ödematösen, zum Teil hyperplastischen Prozesse ist die ganze Epidermis etwas verdickt. An anderen Stellen, wo die Hornschicht von der Unterlage nicht losgetrennt ist, sieht man oberflächlich eine dunkle, gelblichbraune Linie, die etwas unregelmäfsig verläuft und aus Ablagerungen der medikamentösen Substanz besteht. Darunter ist die Hornschicht entweder vollständig farblos oder durch das Ichthyol oder auch das Thionin schwach gelblichbraun gefärbt; sie ist etwas aufgelockert, aufgetrieben und in Lamellen geteilt, die mehr oder weniger von der Unterlage abgehoben sind; an anderen Stellen ist die Epidermis in ihrer Gesamtheit von der darunterliegenden Epidermis losgetrennt und abgehoben. Die Körnerschicht läfst sich an einzelnen Punkten kaum mehr erkennen, indem die hydropisch degenerierten Zellen mit den tiefer gelegenen ebenfalls degenerierten Elementen eine Masse bilden und von den noch tieferen Zellschichten der Schleimschicht scharf abstechen. In der Cutis konstatiert man mäfsige entzündliche Reaktion.

Zweiter Versuch. Fünftägige Aufpinselung von reinem Ichthyol und Behandlung des betreffenden Gewebsstückes in der nämlichen Weise wie beim vorhergehenden Experimente. Bei makroskopischer Betrachtung der Schnitte sieht man eine diffuse hellgelblich-braune Färbung, die nach der Tiefe zu, gegen die Epidermislinie und die tieferen Abschnitte der Cutis hin, intensiver wird. Bei schwacher Vergrößerung sieht man in den mit Thionin gefärbten Schnitten eine mehr oder weniger bedeutende Verdickung der Epidermis; die letztere (gegen die Hornschicht zu), sowie die tieferen Cutisschichten sind intensiver gefärbt. Handelt es sich da um eine chemische Reaktion des Ichthyols gegenüber den Geweben? Bei dieser Gelegenheit möchten wir auf die Worte verweisen, welche Unna bereits im Jahre 1886 in seiner Schrift „Ichthyol und Resorcin" ausgesprochen hat: „Wir haben endlich auf eine — sämtlichen reduzierenden Mitteln in mehr oder minder hohem Grade eigentümliche — Verfärbung der Hornschicht aufmerksam zu machen, die leider chemisch noch nicht so wohl studiert, wie sie den Dermatologen seit etwa sechs Jahren bekannt ist." Und weiter unten fährt er fort: „Die Nuance der ichthyolisierten Hornschicht läßt sich als ein Gelb-Braun charakterisieren, wie es etwa die von der Sonnenhitze eingebrannte Haut zeigt." Bevor wir jedoch auf diese eventuelle chemische Reaktion der Gewebe gegenüber dem Ichthyol näher eingehen, wollen wir einem allfälligen Einwurfe zuvorkommen. Es könnten sich bei der Fixation der Gewebsstücke an der Oberfläche der Epidermis Lösungen des reduzierenden Mittels gebildet haben, auf welche die beschriebenen Änderungen in der Färbung zurückzuführen sind. Aus diesem Grunde haben wir denn auch die mit dem Mittel behandelten Gewebsstücke frisch mit dem Gefrierapparat geschnitten ohne sie zuvor zu fixieren, einzuschließen oder zu färben, nachdem wir sie nur kurz zur Entwässerung mit absolutem Alkohol abgewaschen hatten. Trotzdem haben wir am Hornhautsaume der Epidermis eine sehr dunkle, beinahe schwarze Färbung konstatiert; dieselbe verwandelt sich in der Epidermis in eine mehr oder minder helle gelblich-braune Nuance; in der alveolären Cutis wird diese Färbung etwas schwächer, um dann in den tieferen Cutisschichten wieder ausgesprochener zu werden. Übrigens zeigte sich auch bei längerem Verweilen der Schnitte in absolutem Alkohol keine Abnahme in der Intensität dieser Färbung. Deshalb neigen wir zur Ansicht, daß es sich hier um eine biochemische Wirkung des Ichthyols auf die Gewebe handeln dürfte. Bei der mikroskopischen Untersuchung der in Paraffin eingeschlossenen und mit Thionin gefärbten Präparate konstatierten wir folgenden Befund: Bei starker Vergrößerung fehlt stellenweise die Horn- und Körnerschicht vollständig; die Oberfläche der Epidermis besteht aus homogenen Massen degenerierter Zellen von verschiedener Größe. An anderen Punkten ist die Hornschicht aufgelockert und da

und dort, besonders in den oberflächlicheren Abschnitten, durch das Thionin unregelmäfsig gefärbt. Die Körnerschicht fehlt, resp. dieselbe ist durch unregelmäfsige Massen hydropisch degenerierter Zellen ersetzt, in denen man noch stellenweise Spuren von verwischten Zellumrissen nachweisen kann. Diese bereits abgestorbenen Zellen enthalten noch sehr schwach gefärbte Kerne, die im Begriffe sind, vollständig zu verschwinden.

In den unmittelbar darunter liegenden Schichten des Stratum Malpighii besteht intra- aber kein intercelluläres Ödem, d. h. die Zellen sind hydropisch aufgetrieben, vakuolisiert und führen einen schwach gefärbten Kern, einen Zustand, den Leloir „altération cavitaire" nennt; der Zellraum in der Umgebung des Kernes erscheint erweitert und sieht aus wie ein heller, farbloser Hof. Weiter nach der Tiefe zu erkennt man unveränderte Zellreihen der Schleimschicht, die Zellen erscheinen zwar etwas gröfser als normal, sind aber gut gefärbt, mit grofsem durch das Thionin intensiv blau gefärbtem Kerne; die Zellumrisse sind deutlich ausgeprägt infolge der Erweiterung der Zellzwischenräume. In der Basalschicht sind Kerne in Mitose zu sehen. Was die retikuläre Cutis anbelangt, so findet man in derselben die Wandungen der Bindegewebsräume aufgetrieben und infiltriert. Hervorzuheben ist die verhältnismäfsig bedeutende Anzahl fixer Zellen. Die Lymphräume sind mit roten Blutkörperchen vollgepfropft. Die tieferen Cutisschichten sind aufgetrieben und erweicht, stellenweise auch wohl infiltriert.

Aus diesem Befunde dürfen wir auf die Wirkung des Ichthyols bei chronisch entzündlichen Prozessen der Haut schliefsen.

Dritter Versuch. Aufpinselung von reinem Ichthyol während zehn Tagen. Danach wurde ein Teil der behandelten Gewebspartie (*A*) gleichzeitig mit einem anliegenden Stücke normalen Gewebes behufs Vergleichung entfernt. Einen anderen Teil des ichthyolisierten Kammes lasse ich zunächst stehen (*B*), um ihn nach 14 Tagen, und ein drittes nach 25 Tagen (*C*) ohne weitere Behandlung abzutragen.

Histologische Untersuchung des Stückes *A*. Makroskopisch sehen die Stücke aus wie die entsprechenden des zweiten Versuchs. Die Schnitte werden mit Thionin und Thionin-Eosin gefärbt. Bei schwacher Vergröfserung erkennt man eine der Hornschicht entsprechende schwarze Linie; die Epidermis ist im allgemeinen verdickt, an einzelnen Punkten aber in einem solchen Grade, dafs sie wie wahre Epithelzapfen aussieht, die sich mehr oder weniger tief und breit in die Cutis einsenken. Bei starker Vergröfserung sieht man eine mehr oder weniger ausgesprochene Proliferation der Zellen in der jungen Epidermis, wodurch ein Druck auf die nekrotische, homogene Masse ausgeübt wird (Tafel III), die aus der alten Epidermis besteht, welche letztere stellenweise schuppen- oder krustenweise von der Unterlage abgehoben ist. Mit anderen Worten, man kon-

statiert unterhalb der amorphen Ichthyolmasse die alte nekrotische Epidermis in Gestalt einer auf eine mehr oder minder dünne Lamelle reduzierten Hornschicht; darunter eine mehr oder minder homogene schlecht gefärbte Masse mit Zell- und Kerndetritus in Gestalt von körnigen Häufchen. Es handelt sich hier offenbar um eine hydropisch degenerierte Schleimschicht. Unter dieser alten, nekrotischen Epidermis sieht man dagegen die neue mit frischer Hornschicht in Form einer regelmäfsigen, hellen, glänzenden, scharf abgegrenzten Linie, die nur an einzelnen Stellen leicht pigmentiert ist; unterhalb der Hornschicht erstreckt sich das Stratum lucidum und granulosum in Gestalt einer Reihe von mehr oder weniger länglichen, kereatohyalinreichen Zellen. Das Rete Malpighii besteht aus zahlreichen Zellreihen, deren einzelne Elemente vergröfsert erscheinen, einen gut sichtbaren und wohlgefärbten Kern haben, und deren Umrisse scharf durch deutlich sichtbare Zellzwischenräume hervortreten. In der pigmentreichen Basalschicht konstatiert man viele Kerne in Mitose. Stellenweise ist die alte, nekrotische Epidermis noch mit der darunterliegenden neuen zusammenhängend, an anderen Orten dagegen ist sie abgelöst, abgehoben oder, infolge der verschiedenen Manipulationen bei der Präparation, vollständig verschwunden. Nicht überall aber ist die frische Epidermis von einer neuen Hornschicht überzogen; ebenso findet man nicht durchwegs eine vollständig neu ausgebildete Körnerschicht. An diesen Stellen grenzt die nekrotische Epidermis direkt an neu gebildete, in Verhornung begriffene Zellen der Schleimschicht.

Man findet somit in dieser neugebildeten Epidermis eine Reihe von Tatsachen, welche auf eine übermäfsige Entwicklung der Elemente hindeuten, die offenbar keinen normalen Zustand darstellt. Die durch das Ichthyol verursachten Bestrebungen nach Reparation der verloren gegangenen Gewebe findet ihren Ausdruck in den Mitosen der Basalschicht und in der Bildung zahlreicher Schichten hypertrophischer Zellen; diese übermäfsige Tätigkeit erstreckt sich dann ebenfalls auf die neugebildete Körner- und Hornschicht. Die Zellen der Keimschicht befinden sich im Ruhezustande; nur da und dort findet man einen Kern in Mitose. Diese spärlichen Karyokinesen sprechen jedenfalls für einen langsamen Erneuerungsprozefs in den Zellen der tieferen Epidermiszonen, einen Prozefs, der sodann auf die keratogene oder oberflächliche Zone übergeht, welche von der Körner- und Hornschicht und dem Stratum lucidum begrenzt wird und in welcher die Epidermiszellen neuer Bildung nach und nach verhornen und eliminiert werden. Diesem Erneuerungsprozesse entsprechend, findet man denn auch die Zellenlager in der Schleimschicht vermehrt, die Zellen der Körnerschicht reich an Keratohyalin, das sich sodann in der Hornschicht in Keratin verwandelt. Nach einer unbestimmten Zeit, wenn die Ichthyolwirkung aufgehört hat, müssen die Dinge, logischerweise, ein

normales Aussehen erhalten; es wird eine vermehrte Abschuppung eintreten zur Aufrechterhaltung des Gleichgewichts gegenüber der vermehrten Zellproduktion in den tieferen Schichten und die Epidermiszellen werden sowohl was ihre Gestalt als ihre Anzahl anbelangt, in normale trophische Bahnen gelenkt werden. Bei starker Vergrößerung sieht man deutlich, daß die Lakunen im retikulären Derma leicht erweitert und mehr oder weniger mit roten Blutkörperchen ausgefüllt sind. Das kollagene Gewebe des retikulären Gewebes ist nur leicht aufgetrieben und zwischen den fixen Elementen, deren Anzahl etwas vermehrt ist, sieht man spärliche Leukocyten, die unregelmäßig zerstreut sind. Die tieferen Cutisschichten sind ebenfalls mäßig aufgetrieben und infiltriert; die fixen Zellen bedeutend vermehrt.

Histologische Untersuchung des Stückes *B*. Bereits makroskopisch läßt sich von den weiter oben erwähnten biochemischen Veränderungen nichts konstatieren. Bei starker Vergrößerung konstatieren wir in der Epidermis beinahe normale Verhältnisse, sofern das Aussehen und der Zusammenhang der Zellen in Betracht kommen. Die Hornschicht ist beinahe überall gleich dick und zeigt an der Oberfläche eine leichte Abschuppung; stellenweise haftet ihr noch ein Überrest der alten nekrotischen Epidermis an. Das Stratum lucidum ist gut sichtbar, die Körnerschicht normal entwickelt, das Rete Malpighii, im Vergleiche zu den Präparaten der vorhergehenden Gruppe eher verdünnt. Die Schleimschichtzellen sind vergrößert und ihre Umrisse scharf gezeichnet. In der Cutis konstatiert man als Folgeerscheinung der Ichthyolwirkung eine Vermehrung der fixen Zellen.

Stück *C*. 25 Tage nach Sistierung der Ichthyolbehandlung stehen wir wieder vollständig normalen histologischen Zuständen gegenüber. In der Hornschicht sieht man nichts Bemerkenswertes, außer einer leichten Abschuppung. Die Zellen der Körnerschicht treten weniger deutlich hervor als in den vorhergehenden Experimenten und sind sie weniger reich an Keratohyalin. Die Schleimschicht ist von ungefähr normaler Dicke; ihre Zellen haben ihre normale Größe noch nicht erreicht; ebenso sind die Kerne in ihrem Volumen zurückgeblieben, obwohl sie gut gefärbt sind. Die Zellzwischenräume treten weniger deutlich hervor. Auch die Karyokinesen der Basalschicht sind spärlicher. Die Cutis weist nichts Bemerkenswertes auf. Wir sehen uns also einer vollständigen Erneuerung der Epidermis gegenüber; der übermäßige Trieb zur Neubildung von frischen Elementen hat, nachdem die Triebfeder ihre Wirkung eingestellt, einem regressiven Zustande Platz gemacht. Nach einem Zeitraume, dessen Dauer offenbar von verschiedenen Umständen abhängt, muß somit die Epidermis ihr normales Aussehen zurückerlangen, und mit der Zeit verschwindet jede Spur einer Ichthyolwirkung, wie sehr sich dieselbe auch

eine Zeit lang fühlbar gemacht haben mag. Die Restitutio ad integrum der Haut ist eine vollkommene.

Welche Reihenfolge haben wohl die biochemischen Veränderungen unter der Ichthyolwirkung befolgt? Was die Epidermis anbelangt, so handelt es sich einfach um eine Erneuerung der Elemente von den tieferen Schichten her. In bezug auf die Cutis kommen jene zahlreichen Wege reduktiver Resorption in Frage, die man bei jeder Restitutio ad integrum konstatieren kann.

Unsere Experimente haben uns also gezeigt, worin die Ichthyolisation in der normalen Haut besteht; daraus lassen sich aber auch Folgerungen ableiten für die Wirkung des Ichthyols bei verschiedenen pathologischen Prozessen.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Literatur.

1. Unna, P. G., Ichthyol und Resorcin. *Dermatologische Studien.* 1886. Hamburg und Leipzig. Verlag von Leopold Voss.
2. Lederermann-Dreysel, Pigment et substances reduisant l'acide osmique dans la peau humaine. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* 1896. S. 405.
3. Buck, Emil, Histologie der Hautentzündung durch Pyrogalloleinwirkung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1895. Bd. XXI, No. 12.
4. Frickenhaus, Adalbert, Histologische Untersuchungen über die Einwirkung des Acidum carbolicum liquefactum auf die gesunde Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. Bd. XXII, No. 6 u. 7.
5. Menahem Hodara, Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Salicylsäure auf die gesunde Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. Bd. XXIII, No. 3.
6. Kellog, James C., Über das Resorcin in der Dermatotherapie. Histologische Untersuchungen der Einwirkung desselben auf die gesunde Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897. Bd. XXIV, No. 5.
7. Menahem Hodara, Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobins. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1900. Bd. XXX, No. 2, und Bd. XXXI, No. 6. 1901. Bd. XXXII, No. 8. — Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobins bei der Alopecia areata. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1903. Bd. XXXVI, No. 10.
8. Campana e Brignone, Della Psoriasi. *Studio clinico-sperimentale Giornale internazionale delle scienze mediche.* 1890.
9. Bosellini, Pietro, Über den psoriatischen Prozefs. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXIX, No. 7.
10. Leistikow, L., Therapie der Hautkrankheiten. 1897. Hamburg und Leipzig. Verlag von Leopold Voss.

Fig. 1.

Fig. 2.

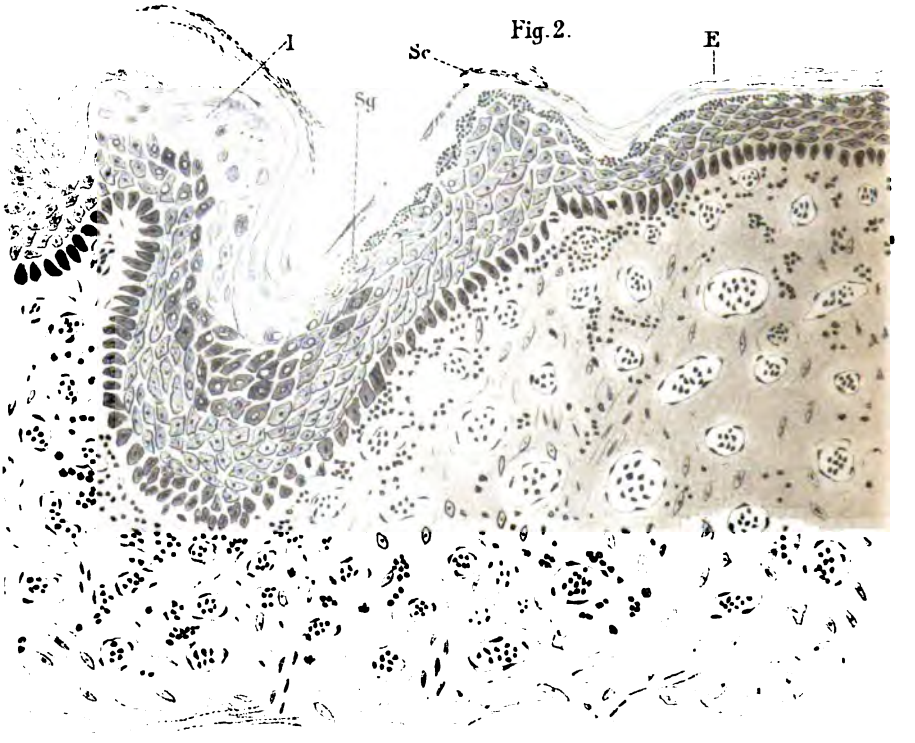


Fig.3.

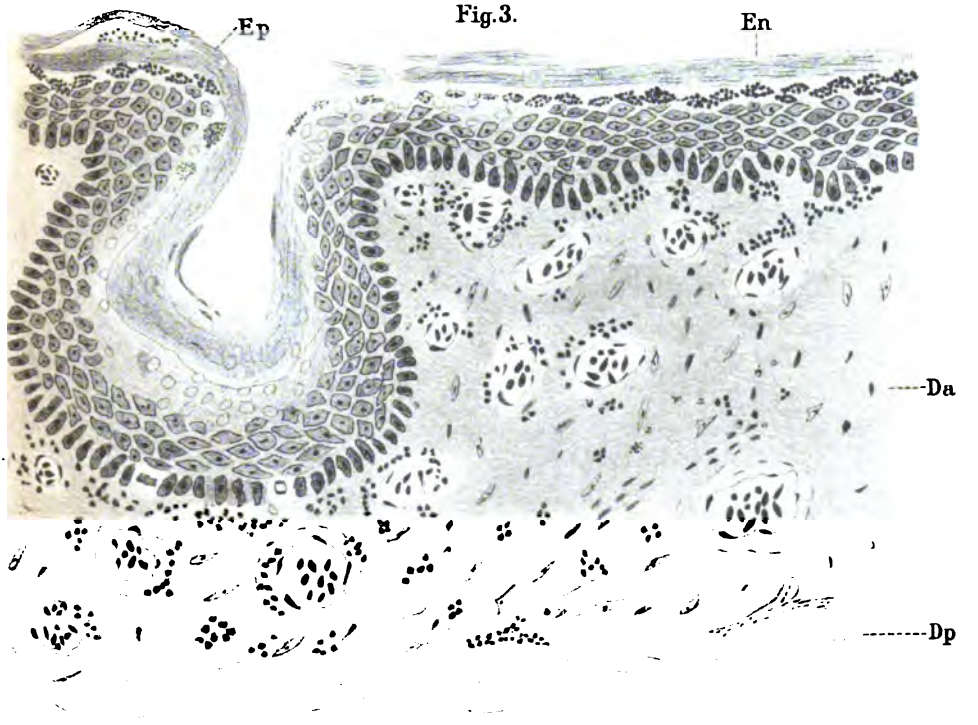


Fig.4.

Erklärung der Figuren.

Fig. 1. Schnitt durch ein Stück Hahnenkamm, nach sechstägiger Behandlung mit Teer.

E. Hydropisch degenerierte Epidermis.
Sc. Stratum corneum, aufgetrieben und exfoliiert.
Sg. Körnerschicht.
Sb. Basalschicht mit Kernmitosen.
Da. Retikuläres Derma.
Dp. Tiefere Cutisschicht.

Fig. 2. Behandlung mit Oleum cadinum.
E. Normale Epidermis.
Sc. Exfoliierte Hornschicht.
Sg. Hydropische Körnerschicht.
I. Hydrops und Kolliquation der Epidermiszellen.

Fig. 3. Behandlung mit 10%igem Gallacetophenol.
En. Normale Epidermis.
Ep. In Entartung begriffene Epidermis; Hydrops in der Oberfläche und Hyperplasie in der Tiefe.
Da. Retikuläre Cutis.
Dp. Tiefe Cutisschichten.

Fig. 4. Behandlung mit Ichthyol während zehn Tagen.
Ev. Alte Epidermis.
En. Frische Epidermis.
Sb. Basalschicht.
Da. und *Dp.* wie oben.

Aus der Praxis.

Zwei Fälle von Verbrennung mit UNNAschem Chloral-Camphor-Salbenmull behandelt.

Von

MENAHEM HODARA-Konstantinopel.

Der Chloral-Camphor-Salbenmull ist in der Behandlung von Verbrennungen, besonders bei kleinen Kindern, wegen der Einfachheit seiner Anwendung und seiner schmerzstillenden Wirkung auf das wärmste zu empfehlen. In einem Falle von Verbrennung des Penis und der Pubes durch kochendes Wasser (Blasen- und Geschwürsbildung) und in einem weiteren Fall von Verbrennung der Finger durch eine Petroleumflamme, wo es gleichfalls zu Blasen- und Geschwürsbildung kam, habe ich mit jenem Salbenmull, der täglich zweimal erneuert wurde, vollständige Heilung erzielt und brauchte zu keinem anderen Mittel zu greifen.

Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1903. Heft 12.

Die Dermatitis polymorpha dolorosa oder Dermatitis herpetiformis Duhring-Brocq beim Kinde, von Paul Meinet und Maurice Pénn-Lyon. Zu den in der Literatur bereits veröffentlichten 23 Fällen von Dermatitis herpetiformis Duhring beim Kinde (Hydra puerorum-Unna) liefern die Verfasser eine weitere Beobachtung. Sie üben alsdann an der von verschiedenen Autoren aufgestellten Behauptung, dafs die kindliche Form dieser Dermatitis wegen ihrer abweichenden Symptomatologie eine eigene Beschreibung verdiene, eingehende Kritik, um mit dem Ergebnis zu enden, dafs die Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica infantilis sich weder in ihren Prodromen, noch in ihrem eigentlichen Verlauf, noch in ihrem meist günstigen Ausgang von der nämlichen Form bei Erwachsenen unterscheide.

Über pyämische Hautentzündungen, von A. Lebet-Bern. Über die Pathogene der Dermatitiden, die im Verlaufe einer Infektionskrankheit auftreten, herrscht noch grofse Unklarheit. Von den einen werden sie als toxische angesprochen, und man läfst die Toxine bald auf das zentrale Nervensystem, bald auf die Nerven, die Gefäfse oder gar die Zellen der Haut wirken; andere halten sich auch in bezug auf diese Dermatosen an das „Mädchen für alles", die Mikroparasiten, die auf dem Wege der Blutbahn zu der Cutis und Epidermis gelangen sollen. Bewiesen ist nach L. bis jetzt nur die letztere Theorie, wenn auch der toxische Ursprung mancher Hautentzündungen festzustehen scheint. In einem Fall von Pyämie mit begleitender Dermatitis, den L. zu beobachten Gelegenheit hatte, und der tödlich endete, hatte offensichtlich der Staphylococcus pyogenes aureus seine Hand im Spiele. In diesem Fall, der einen kleinen, siebenjährigen Knaben betraf, hatte die Blutvergiftung von einer äufseren Verletzung ihren Ursprung genommen und eine Dermatitis mit drei verschiedenen Ausschlags-Elementen zuwege gebracht. Brust- und Bauchhaut waren der Sitz zahlreicher kleiner, stecknadelkopfgrofser Pusteln. Zwischen ihnen zerstreut fanden sich in geringerer Menge kleine, lebhaft gerötete Flecke mit einer winzigen, zentralen Papel. Endlich fanden sich noch an der Grenze von Haut und Unterhautzellgewebe einzelne erbsen- bis kirschgrofse runde oder mehr längliche, harte und auf Druck schmerzhafte Knötchen, über denen die Haut gerötet und etwas weniger verschiebbar war.

Durch die Anwesenheit der Pusteln, in denen es sich eine Unzahl von Staphylokokken wohl sein liefs, ist nach L. das Bild einer Unna'schen Pustulosis staphylogenes gegeben; die hämorrhagischen Papeln sind nichts Seltenes bei den Infektionskrankheiten, und die letztbeschriebenen Knötchen entsprechen der Furunculosis pyaemica von Finger und kleinen, von Orillard und Sabouraud beschriebenen Tumoren, die von ihnen dem Erythema nodosum zugeschrieben werden. Diese beiden französischen Forscher fanden in den Schnitten eines der metastatischen Knoten eine kleine thrombosierte Vene, so dafs ihr Fall zu der Gruppe der Thrombo-Phlebitiden gehört, die namentlich in der Syphylis und der Tuberkulose von Philippson und später auch von Török beschrieben sind. — Ob auch in seinem Fall zwischen Venen und Knötchen

ein ähnliches Verhältnis bestand, kann L. nur mit Wahrscheinlichkeit vermuten. Er kann seinen Fall aber nicht mit Sabouraud und Orillard als Erythema nodosum auffassen; es handelte sich eben nicht um ein angioneurotisches Erythem, sondern um Entzündungsherde. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1908. Heft 11.

Ein latero-pharyngealer Abszefs im Anschlufs an einen Furunkel im Nacken, von Ricard-Toulouse. Dieser pharyngeale Abszefs, der nach Einschnitt zur glatten Ausheilung kam, wurde bei einem 19jähr. Mädchen im sekundären Stadium der Syphilis gemacht. Gerade bei der Syphilis sind retro- und latero-pharyngeale Abszesse nichts Seltenes, wie Fournier betont. Bemerkenswert blieb in diesem Falle nur die Ätiologie des Nackenfurunkels, während sonst Entzündungen des Ohres, der Nase und des Mundes als Ursachen für die Schlundabszesse angegeben werden.

Über Schwielen bei Marmorarbeitern, von Ancian-Toulouse. Bei Marmorarbeitern und Steinklopfern sind Schwielen am kleinen Finger der linken Hand nichts Seltenes, wie A. gelegentlich eines solchen Falles ermittelt hat. Sie kommen schon bei jugendlicheren Arbeitern vor, sind bei älteren aber häufiger. Sie sitzen immer an der Vorder- und Innenfläche der ersten Phalange des kleinen Fingers und rühren daher, dafs die Arbeiter die Gewohnheit haben, den Meifsel zwischen Ring- und kleinem Finger zu halten. Sie schwanken natürlich bei den einzelnen Individuen in bezug auf Umfang und Härte, geben aber niemals Grund zur Klage, so dafs sie vielleicht mehr ein forensisches als eigentlich ärztliches Interesse bieten.

Ein Fall von Lichen planus circinatus mit mikroskopischer Untersuchung, von Audry und Dalous-Toulouse. Mann von 23 Jahren; der Lichen besteht seit 1½ Jahren, sitzt jetzt im Gesicht — beiderseits hinter dem absteigenden Ast des Unterkiefers — und an den Händen, brennt und juckt häufig. Der histologische Befund ergibt, dafs die Heilung in der Epidermis schon sehr weit vorgeschritten ist, während in der Cutis sich erst wenig Änderung zeigt. Die Verfasser schliefsen sich der Ansicht von Cavafy und H. C. Brooke an, dafs der Lichen annularis aus dem allmählichen peripheren Wachstum grofser Papeln bei zentraler Ausheilung hervorgehen kann.

Granulosis rubra nasi, Akne rosacea spuria der Kinder, von Ch. Audry-Toulouse. Bei einem sonst gesunden 7jähr. Knaben war die Haut der Nasenspitze bis zu den Nasenflügeln ziemlich gleichmäfsig und stark gerötet, aufserdem mit einer grofsen Zahl kleiner, punktförmiger Knötchen bedeckt. Beschwerden hatte das Kind von dieser Entzündung nicht, abgesehen davon, dafs die geröteten Teile der Haut immer schwitzten. Jadassohn hat diese Form, die in Frankreich noch wenig bekannt zu sein scheint, als Granulosis rubra nasi bezeichnet; A. möchte sie als eine „fausse acné rosée infantile" mit wesentlicher Beteiligung der Schweifsdrüsen — anstatt der Talgdrüsen bei Erwachsenen — auffassen.

Zehnjährige Statistik der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Toulouse, von Florence. Aus dieser kleinen statistischen Arbeit ist zu entnehmen, dafs im Durchschnitt ungefähr 1 % der Toulouser Bevölkerung an Geschlechtskrankheiten behandelt wurde. Das stimmt mit den für Neapel und Breslau gefundenen Zahlen so ziemlich überein.

Das Ulcus simplex spielt in Toulouse keine grofse Rolle, aber auch dort behauptete es seine Neigung zu epidemischem Auftreten. Die Häufigkeit des Trippers ist merklichen Schwankungen unterlegen, die Verfasser sich nicht recht zu erklären

weifs; er wurde bei Frauen in verschwindend wenig Fällen, etwa nur zwölfmal im Jahre, beobachtet. Die Kurve für Syphilis blieb sich im grofsen und ganzen für alle zehn Jahre ziemlich gleich. Nach den gefundenen Zahlen scheint der Tripper 2—3mal häufiger vorzukommen als die Syphilis. Wenn man aber erwägt, dafs viele Luesfälle im Laufe der Jahre mehrmals zur Aufnahme kommen, so stellt sich das Verhältnis wie 5 Tripper zu 1 Syphilis. — Ein nennenswerter Einfluſs der Jahreszeiten auf die Zahl der Geschlechtskranken war nicht nachweisbar.

Akne necrotica des Thorax und des Rückens, von Sée und Druelle. Der Fall wird nur wegen der seltenen Lokalisation der Akne auf Brust und Rücken mitgeteilt. Im Gesicht, auf der Stirn und der behaarten Kopfhaut safsen nur ganz spärliche Elemente.

Ein Fall von Tuberkuliden, von Sée und Druelle. Der Fall betraf einen 24jähr. Maurer, der zahlreiche, als Tuberkulide bezeichnete Neubildungen, die ausführlich beschrieben werden, an seinem Körper aufwies. Die linke Hand und die Ohren boten das Bild eines Lupus pernio; die Extremitäten und das Gesäfs waren der Sitz zahlreicher akneiformer und lichenoider Elemente.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1903. Heft 23.

Über einen neuen Apparat zur Sterilisierung der elastischen Katheter, von N. A. Miskhailoff-Petersburg. Die Apparate, die gegenwärtig zur Sterilisierung der elastischen Katheter mittels strömenden Wasserdampfes zur Verfügung stehen, sind nach M.s Ansicht zu kompliziert und gestatten aufserdem infolge ihrer Form keine so rasche Zirkulation des Dampfes, wie sie zu einer sicheren Sterilisierung notwendig ist. M. hat daher einen neuen, sehr einfachen, leicht transportabeln und billigen Apparat konstruiert, in welchem der Dampf aufserordentlich rasch zirkuliert; wie die angestellten bakteriologischen Untersuchungen ergeben haben, wird in diesem Apparat durch eine Dampfentwicklung von 20 Minuten Dauer eine vollkommene, absolut sichere Sterilisierung der Katheter erzielt, ohne dafs dieselben irgendwie geschädigt werden. Der auf zwei Füfsen ruhende Apparat hat die Form eines abgestumpften Kegels, dessen Basis 24 cm, dessen obere Fläche 17 cm im Durchmesser hat. Auf den Boden kommen $1^1/_2$ Liter Wasser, oben befindet sich ein Zylinder, in dem die Katheter befestigt sind, das Ganze wird durch einen Deckel hermetisch verschlossen; unten aufsen ist ein Hahn zum Ausströmen des Dampfes angebracht. Als Wärmequelle dient eine kleine Petroleumlampe. — Der Apparat wird von Chapliguine-Petersburg hergestellt.

1903. Heft 24.

1. **Bemerkung über die Harnblasen der „Prostatiker ohne Prostata",** von B. Motz und J. Arrese. Bekanntlich gibt es neben den Prostatikern mit vergröfserter Vorsteherdrüse auch „Prostatiker ohne Prostata", d. h. die gewöhnlich durch Hypertrophie der Prostata verursachten krankhaften Erscheinungen und Beschwerden kommen auch bei Leuten mit normal grofser oder selbst atrophischer Prostata vor; die Harnblasen solcher Kranken weisen nach den Untersuchungen von Motz und von Hallé und Motz im grofsen und ganzen die gleichen Veränderungen auf, wie die Harnblasen der Prostatiker mit Prostatahypertrophie. Neuerdings haben nun die beiden Verfasser 15 von Prostatikern ohne Prostata stammende Harnblasen und Vorsteherdrüsen histologisch untersucht. Sie fanden dabei in sechs Prostaten makroskopisch

nicht erkennbare, klinisch natürlich nicht diagnostizierte adenoide Epitheliome. Bei der Untersuchung der Blasen ergab sich in 12 Fällen eine Hypertrophie der Muscularis, nur in drei Fällen eine stärkere Atrophie. Die Gefäße der Blasenwände waren in elf Fällen normal, in vier Fällen, in denen eine chronische interstitielle Cystitis bestand, wiesen sie sklerotische Veränderungen auf. Aus diesen Befunden erhellt, daſs die Blasenatonie der Prostatiker ohne Prostata nicht durch Atrophie der Blasenmuskularis verursacht ist. Der gleiche Schluſs läſst sich aus den Erfolgen der operativen Behandlung des Prostatismus ohne Prostata ziehen; denn wenn ALBARRAN in neun Fällen durch Exstirpation der normal groſsen oder atrophischen Prostata vollständiges oder nahezu vollständiges Verschwinden der krankhaften Erscheinungen, der chronischen Retention erzielt hat, so ist damit erwiesen, daſs nicht eine Degeneration der Blasenmuskularis die Ursache der Blasenatonie sein konnte; denn sonst hätte auch nach der Entfernung der Prostaten, die ja wegen ihrer Kleinheit kein Hindernis für die Urinentleerung waren, die Blasenfunktion nicht wieder zur Norm zurückkehren könne.

2. **Der subsymphysäre Schnitt beim Weibe, ausgeführt behufs Extraktion gewisser Fremdkörper aus der Blase,** von F. LEGUEU. L. hat bereits im Jahre 1897 für Operationen an der Urethra des Weibes die Freilegung und Eröffnung der oberen Harnröhrenwand mittels des subsymphysären Schnittes empfohlen; dieses Verfahren hat vor der sonst üblichen Methode, die Harnröhre von unten, von der Vagina aus, zu eröffnen, den Vorzug, daſs es niemals zur Bildung von Harnröhren-Scheidenfisteln führt. Auf Grund mehrfacher günstiger Erfahrungen, von denen er ein Beispiel mitteilt, empfiehlt L. nunmehr das gleiche Verfahren an Stelle der Sectio alta zur operativen Entfernung von Fremdkörpern und Steinen aus der Blase des Weibes. Die Operation ist eine sehr einfache: man macht oberhalb des Orificium urethrae einen bogenförmigen Schnitt, legt die Harnröhre in ihrer ganzen Ausdehnung unter der Symphyse frei und eröffnet entweder die Urethra an ihrer tiefsten Stelle vor dem Blasenhals oder den Blasenhals oder die Blase selbst. Der Fremdkörper wird extrahiert und die Urethra und der äuſsere Schnitt vernäht; die Heilung erfolgt, ohne daſs die Einlegung eines Verweilkatheters nothwendig wäre. Der ganze Eingriff ist verhältnismäſsig unbedeutend und absolut gefahrlos, die Blutung minimal; eine äuſserlich sichtbare Narbe bleibt nicht zurück. L. glaubt daher, daſs bei Fremdkörpern in der Blase des Weibes, die nicht auf natürlichem Wege entfernt werden können, das subsymphysäre Verfahren allen anderen Operationsmethoden vorzuziehen ist.

1904. Heft 1.

1. **Verengerung des unteren Endes eines Ureters, verursacht durch den Druck einer entzündeten Samenblase,** von HUGH HAMPTON YOUNG - Baltimore. Daſs Entzündungen der Samenblasen zu Verengerungen der Ureteren führen, scheint trotz der engen örtlichen Beziehungen zwischen den beiden Organen sehr selten zu sein; wenigstens fand der Verfasser in der Literatur keinen derartigen Fall beschrieben. Er selbst aber ist in der Lage, über einen solchen zu berichten. Es handelte sich um einen 29jährigen Bleiarbeiter, der nie eine venerische Krankheit durchgemacht hatte, aber seit 14 Jahren an vollständig unerklärlichen Schmerzen im Perineum litt. Bei dem Manne war vor vier Jahren ohne nachweisbare Ursache eine akute Harnretention von mehrstündiger Dauer aufgetreten; dann hatten sich Schwierigkeiten bei der Urinentleerung eingestellt, weshalb vor zwei Jahren eine Dilatationskur vorgenommen worden war. Im Anschluſs an diese war ein Prostataabszeſs entstanden, der inzidiert wurde und eine perineale Fistel hinterlieſs. Damals waren zum ersten Male auch Schmerzen in der Gegend der rechten Niere, Temperatur-

steigerungen, Nachtschweifse und Trübung des Urins aufgetreten. In den letzten zwei Jahren hat sich das Allgemeinbefinden wieder gebessert, Nachtschweifse und Temperatursteigerungen haben sich verloren; dagegen ist die Perinealfistel nicht zum Verschlusse gekommen, und die Schmerzen in der rechten Niere sind unverändert geblieben. Der Verfasser fand aufserdem eine Vergröfserung der Prostata und der Samenblasen, im trüben Urin Eiter und Kolibakterien, aber keine Tuberkelbazillen, die Urethra nicht verengert. Die cystoskopische Untersuchung liefs erkennen, dafs sich aus dem beträchtlich erweiterten Orificium des rechten Ureters in unregelmäfsigen Zwischenräumen dicker, schleimiger Eiter entleerte. Auf zwei Tuberkulininjektionen erfolgte keine Reaktion. Der Verfasser entschlofs sich zur Nephrektomie; er fand die rechte Niere sackförmig, die Kapsel verdickt, das Nierenbecken dilatiert, den Ureter in seiner ganzen Ausdehnung bis dicht oberhalb der Blase auf einen Durchmesser von 2 cm erweitert. Das untere Ende des Ureters war mit der vergröfserten und indurierten Samenblase fest verwachsen; seine Wandung war an dieser Stelle stark verdickt und sein Lumen so eng, dafs nur mit Mühe eine ganz dünne Sonde hindurchgeführt werden konnte. Niere und Ureter wurden entfernt, der Kranke genas. Die Striktur war in diesem Falle zweifellos verursacht durch das Übergreifen einer chronischen Vesiculitis und Perivesiculitis auf die Ureterenwand; die Erkrankung der Niere war sekundärer Natur.

Fälle wie der hier beschriebene können namentlich bezüglich der Unterscheidung von Nierensteinen, die in der unteren Partie oder im Blasenorificium eines Ureters eingeklemmt sind, diagnostische Schwierigkeiten machen. Doch gelingt es, solche Steine mit Hilfe der Cystoskopie und Radiographie sicher zu diagnostizieren; zum Beweise dafür teilt der Verfasser drei diesbezügliche Krankengeschichten mit.

2. **Essentielle Incontinentia urinae, behandelt mit retrorektaler Injektion von physiologischer Kochsalzlösung**, von Jaboulay. J. glaubt, dafs die essentielle Incontinentia urinae, d. h. die Inkontinenz, die nicht durch eine nachweisbare anatomische Veränderung irgend eines Organs verursacht ist, durch eine funktionelle Störung in der Innervation der Blase hervorgerufen wird, und dafs diese Störung im Plexus hypogastricus oder in den von ihm ausgesendeten Nervenzweigen ihren Sitz hat. Von dieser Idee ausgehend, behandelt J. die essentielle Inkontinenz in letzter Zeit mit retrorektalen Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung, um dadurch in einer allerdings nicht näher bekannten Art und Weise den Plexus direkt zu beeinflussen. Die Erfolge, die er bisher damit erzielt hat, sind sehr gute: bei einer Patientin, die seit vielen Jahren an essentieller Enuresis nocturna litt und mit allen möglichen Methoden erfolglos behandelt worden war, wurde durch zwei Injektionen vollständige, seit nunmehr sechs Monaten andauernde Heilung erzielt, und in einem zweiten, ebenso schweren Falle blieb die Patientin nach der ersten Einspritzung drei Tage, nach der zweiten sechs, nach der dritten 30 Tage kontinent, und seit der vierten, vor mehr als einem Monat vorgenommenen Injektion ist kein Bettnässen mehr erfolgt; J. zweifelt nicht, dafs auch in diesem Falle dauernde Heilung erzielt werden wird. Die Technik des Verfahrens ist eine sehr einfache: Die Nadel einer grofsen Spritze wird gerade unterhalb oder etwas seitlich von der Spitze des Steifsbeins senkrecht eingestochen; ein in das Rektum eingeführter Finger kontrolliert die Vorwärtsbewegung der Nadel, damit die Rektalwand nicht perforiert wird. Eingespritzt werden in jeder Sitzung, und zwar recht langsam, 100—200 g physiologischer Kochsalzlösung. Eine Anästhesierung erfordert die Prozedur nicht. *Götz-München.*

Bücherbesprechungen.

Leitfaden des Röntgenverfahrens, unter Mitarbeit von Professor HILDEBRAND-Marburg, Geh. Medizinalrat HOFFA-Berlin u. a. m. herausgegeben von Ingenieur FRIEDR. DESSAUER und Dr. med. B. WIESNER-Aschaffenburg. Mit 69 Abbildungen. (Vogel & Kreienbrink, Berlin, 1903.) Das unter einer Reihe bewährter Mitarbeiter herausgegebene Buch gibt in seinem ersten Teile eine eingehende Beschreibung der physikalischen Grundlagen des Röntgenverfahrens (von Ingenieur DESSAUER) im zweiten Teile technische Winke zur Ausübung des Röntgenverfahrens (Privatdozent Dr. H. KRAFT und F. DESSAUER), wobei weitere Kapitel das Blendenverfahren (Dr. B. WIESNER), die Orthodiagraphie (Prof. A. HOFFMANN), die Stereoskopie im Röntgenverfahren (Prof. HILDEBRAND) und die transportablen Röntgenapparate (Dr. METZNER) behandeln. Der dritte, der eigentlich medizinische Teil, zerfällt in vier Abschnitte: Das Röntgenverfahren in der inneren Medizin (von HOLZKNECHT-Wien), die medizinische Aufnahmefähigkeit der Extremitäten (von Dr. CARL MOHILLA), das Röntgenverfahren in der Chirurgie (von HOFFA-Berlin) und die Radiotherapie (von STREBEL-München. Auf Einzelheiten in den beiden ersten Teilen einzugehen, verbietet die Materie an sich; jedenfalls bildet die klare, alle Details berücksichtigende Darstellung dieses schwierigen physikalischen Kapitels eine sehr beachtenswerte Lektüre für jeden Arzt, der sich mit dem Röntgenverfahren beschäftigt, und dürfte wohl vor allem zur Ergänzung der „Aschaffenburger Röntgenkurse", die sich steigender Frequenz zu erfreuen scheinen, dienen. Aus dem Kapitel über das Röntgenverfahren in der inneren Medizin sei einiges uns speziell Interessierendes hervorgehoben. Von den vielgestaltigen Knochenveränderungen bei Lues sind nach HOLZKNECHT am besten bekannt die mächtigen hyperostotischen Veränderungen der Compacta bei Periostitis luetica und die eigentümliche, die Compacta in eine spongiosaartige, schwammige Knochenmasse auflösende luetische Ostitis, ferner die Osteochondritis heredosyphilitica mit ihren zackigen Knorpelknochengrenzen, endlich das Gumma mit seinem circumskripten oberflächlichen Substanzverlust des Knochens. Sehr charakteristische Röntgenbefunde soll ferner die blennorrhoische Arthritis mit ihrer früh auftretenden, hochgradigen, akuten, excentrischen Knochenatrophie geben. Konkremente der Niere, des Ureters und der Blase werden mit fortschreitender Technik immer häufiger gefunden. STREBEL behandelt in dem für uns wichtigsten Kapitel, „Die Radiotherapie", in erster Linie die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut und die verschiedenen Stufen der Reaktion, welche durch dieselben entstehen. Wenn auch im allgemeinen dieselbe gewissen Regelmäfsigkeitsgesetzen unterworfen ist, so mufs man doch auf viele Abweichungen der Dermatitis von der Regel gefafst sein, besonders in den Fällen, wo schon auf kleine Dosen eine abnorm rasche und starke Reaktion auftritt. Dieser durch einmalige oder öftere, zu therapeutischen Zwecken unternommenen resp. erzeugten Dermatitis acuta steht noch eine chronische Form der Dermatitis gegenüber, die durch öftere kürzere Expositionen in längeren Zeiträumen sich ausbildet, besonders bei Ärzten, Physikern, Elektrikern: dauernde Alopecie, Atrophie, Hyperpigmentierung, „Röntgenhaut", Störungen im Nagelwachstum, Nekrosen mit torpidem Charakter und Progression in die Tiefe, Zerstörungen von Sehnen, Gelenkbändern; diese Form der Dermatitis soll geringe Neigung zur Heilung besitzen

und oft jahrelang bestehen. Die Dosierung nach den nun schon zahlreichen Methoden (von Kienböck, Freund, Oudin usf.) ist natürlich einer sehr genauen Regelung unterworfen; für fehlerhaft erklärt Str. jedenfalls eine Methode, die mit weichem Rohre fortbestrahlt, bis sie zum Auftreten deutlicher Entzündungserscheinungen führt. Folgende sind nun die verschiedenen Affektionen der Haut, bei welchen für Str. der günstige therapeutische Einfluſs der Röntgenstrahlen feststeht: Hypertrichosis (Methode nach Freund, zu Dauerresultaten 12—18 Monate lang Behandlung nötig), Sycosis simplex, S. parasitaria, Folliculitis barbae (hartes Rohr, 4—6 Sitzungen von 8—10 Minuten Dauer, 15 cm Abstand), bei Herpes tonsurans wechselnde Erfolge. Blepharitis im Anschluſs an Sycosis, Ekzeme und andere Hautkrankheiten, Favus, Alopecia areata, hier jedoch nur in einer gewissen Anzahl vorher nicht bestimmbarer Fälle, Seborrhoea capitis mit Haarausfall, manche Fälle von Ekzema acutum und chronicum, von Psoriasis, Prurigo, wo zwar keine radikalen Heilungen, aber doch manchmal Verschwinden des Juckens, eventuell vorübergehende Sistierung der Knötchenbildung erzielt wird. Acne vulgaris, rosacea, Rhinophyma, Furunkulose; bei Acne vulgaris trat nach der Dauerheilung bisweilen braune Pigmentierung auf, die lange Zeit zum Verschwinden brauchte, bei Rhinophyma hält Str. die Erzeugung einer schweren Dermatis dritten Grades zur Resorption der knolligen Auswüchse für notwendig. Bei Lupus erythematodes ist der Erfolg unsicher, ja sogar Verschlimmerung möglich, bei Naevus vasculosus nach Jutassy Heilung unter Erzeugung einer schweren Dermatitis, jedoch Vorsicht wegen eventueller Blutung nötig, häufiger kein oder schlechter Erfolg. Lupus vulgaris: um eine handgroſse Fläche zur Heilung zu bringen, braucht man ein Jahr (Freund)! In einzelnen Fällen ist die Röntgenbestrahlung eine sehr gute Vorbereitung für die nachfolgende Lichtbehandlung, welche dann zu rascheren Effekten führt. Bei Ulcus rodens, Epitheliom, Cancroid erhält man im allgemeinen schöne Erfolge (mit hartem und weichem Rohr). Bei Carcinom, wo von bedeutenden Fachleuten günstige Beeinflussung durch Röntgenstrahlen gemeldet wird, ebenso bei Tuberkulose der Knochen und Gelenke, bei Neuralgien der verschiedensten Art, wo auf Bestrahlung (mit hartem Rohr) unter Schmerznachlaſs reagiert wird, spricht sich Str. sehr reserviert bezüglich der Dauerwirkung aus; eine baktericide Wirkung der Röntgenstrahlen in der Tiefe (bei Lungentuberkulose) hält Str. für ganz ausgeschlossen. Als Anhang zu dem Buche bespricht Ingenieur Dessauer noch das photographische Verfahren, welches eine dankenswerte Ergänzung der behandelten Materie bildet. *Stern-München.*

Elektrodiagnostik und Elektrotherapie, von Ludw. Mann-Breslau. (Alfred Hölder, Wien u. Leipzig, 1904.) Der als neunter Band zur „Medizinischen Handbibliothek" gehörige „Grundriſs" will „den Praktiker über das gesamte Gebiet der Elektromedizin in einer möglichst kurzen, aber doch nicht oberflächlichen Weise orientieren". Diese Mission ist dem Autor geglückt, denn nach Art eines Taschenlexikons führt er alles an, weiſs aber auch die therapeutischen Anhaltepunkte genau und ausreichend herauszuschälen, so daſs also wirklich nichts fehlt. Bei allem summarischen Vorgehen weiſs M. dem praktischen Arzte das Wissenswerte hervorzukehren und selbst dem primitivsten elektrotherapeutischen Instrumentarium zu Hilfe zu kommen und den allereinfachsten Ansprüchen in anregender Art Rechnung zu tragen. Ein ausführliches Sachregister und Abbildungen geben dem Ganzen eine angenehme Vervollständigung. Somit hebt sich das Werkchen unter seinen vielen Vorgängern nützlich heraus. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Ethische Forderungen im Geschlechtsleben, von V. Cnyrim. (J. Alt, Frankfurt a. M., 1903.) Die kleine, reichlich vier Druckbogen enthaltende Broschüre ist

vom Verfasser der heranwachsenden männlichen Jugend gewidmet. C. tritt für Ehe und Familie ein und wendet sich gegen die freie Liebe. Der Geschlechtsakt ist aber auch in der Ehe eine „verantwortliche Handlung"; denn „wer mehr Kinder in die Welt setzt, als er aus seinen Mitteln gehörig ernähren und aufziehen kann, begeht ein Unrecht". Ungleich verantwortungsvoller und zugleich äufserst gefährlich ist der aufsereheliche geschlechtliche Verkehr. C. führt hier die Geschlechtskrankheiten mit ihrer Ansteckungs- und Vererbungsgefahr an. 80% aller Männer erkranken nach ärztlicher Schätzung an Blennorrhoe, der verderblichsten aller Geschlechtskrankheiten. Die Grofsstadt mit ihren mannigfachen sinnlichen Reizungen verführt die jungen Leute zum Geschlechtsgenufs. Rationelle sportsmäfsige Leibesübungen, vor allem Hingebung an ernste Berufsarbeit und Beschäftigung mit guter, Geist und Gemüt bildender Lektüre sind der beste Wall gegen Schrankenlosigkeit im Geschlechtsverkehr. Nicht minder wichtig sind in dieser Hinsicht Wohnungsverhältnisse und Familienleben. C. steht auf der Seite von Seved Ribbing, A. Fournier, A. Eulenburg, die allein in der Enthaltsamkeit von geschlechtlichem Verkehr nichts für Körper und Geist Schädliches finden können. Und Bebel gegenüber, der in seinem Buche: „Die Frau und der Sozialismus" sagt: „Der Geschlechtstrieb verlangt von dem vollreifen Menschen Befriedigung bei Strafe schwerer körperlicher und geistiger Leiden", bringt er eine Menge Beweisgründe für seine Ansicht.

Das Büchlein beruft sich auf meist bekannte Tatsachen; doch verdient es wegen der Art seiner praktischen Folgerungen und Beweisführungen im Kreise der sozialökonomischen und sozial-hygienischen Schriften vollste Beachtung.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Zur Statistik der venerischen Erkrankungen, unter spezieller Berücksichtigung der in der Hautklinik zu Leipzig in den Jahren 1897 bis 1902 inkl. behandelten Patienten. Inaug.-Diss., Leipzig, 1904, von Clemens Einhaus-Boele. Eine fleifsige und tabellenreiche Arbeit, die über 3158 männliche (inkl. 103 Luesrezidive) und über 2067 weibliche (inkl. 221 Luesrezidive) Kranke berichtet, aber schliefslich wohl kaum den Zweck haben kann, den sie in Anspruch nimmt, nämlich der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu Hilfe zu kommen. Dazu ist das Material zu einseitig, und in dem Rahmen dieser kleinen Zahl ist es verfehlt, besondere Klassen von Geschlechtskranken kategorisch festhalten zu wollen. Zu einem solchen Klassensystem eignet sich die Krankenhausstatistik am allerwenigsten. Auch das Verhältnis der ausdrücklich als Geschlechtskranke aufgenommenen Kranken zu den übrigen Kranken vom Krankenhause St. Jakob (= 10%) hat nur Interesse für den Jahresbericht des letzteren.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

La Pratique Dermatologique, herausgegeben von Ernest Besnier, L. Brocq, L. Jacquet. IV. Band. Mit 213 Schwarzdruck- und 25 Farbendruckbildern. (Masson & Co., Paris, 1904.) Mit vorliegendem Bande, welcher die Hautkrankheiten von den Affektionen der Haare (poils) bis zur Zona in alphabetischer Reihenfolge als Fortsetzung der früheren bringt, ist dieses gewaltige, in jeder Beziehung vortreffliche Werk vollendet; dasselbe ist nun mit seinen vier Bänden 3870 Seiten stark und enthält insgesamt 828 Schwarzdruck- und 89 farbige Bilder in meist vorzüglicher Ausführung. Auch auf diesen letzten Band trifft zu, was schon an den früheren gerühmt wurde: die prächtige, geradezu Platz verschwendende Ausstattung und die Auswahl der Mitarbeiter, von welchen beinahe jeder das von ihnen übernommene Kapitel ersichtlich nach eigener grofser Erfahrung beschrieben hat.

Bei den Affektionen der Haare werden nichtparasitäre und parasitäre, sowie als dritte Art jene mit Knotenbildung (Trichorrhexis nodosa, Leptothrix und Piedra) unterschieden; die mikroskopischen Bilder dieser diversen kranken Haargebilde sind

geradezu ideal zu nennen. Bei der Prurigo wird die Prurigo Hebra und die Prurigo Besnier strenge unterschieden, bei ersterer folgt Verfasser (Jacquet) ganz den Ausführungen des grofsen Wiener Dermatologen, bei letzterer wird die hereditäre Disposition und für viele Fälle das abwechselnde Auftreten zwischen internen Affektionen wie Emphysem, Asthma bronchiale, Neurasthenie angenommen. Die akute Form der Prurigo (Strophulus) wird zweimal so häufig bei männlichen wie bei weiblichen Individuen beobachtet. Die innere oder medikamentöse Behandlung mit Fe oder besonders mit Jodkalium, kann Jacquet, selbst bei Heredosyphilis (natürlich ausgenommen bei manifesten syphilitischen Erscheinungen), nicht rühmen, hält aber neben der lokalen Behandlung sehr viel von richtiger Diät. Ausführlich ist die Psoriasis in ihren typischen und zahlreichen atypischen Krankheitsformen, in ihren Komplikationen, und die Pathogenese mit ihren zahllosen Theorien beschrieben, die Schwierigkeit der Heilung wird damit bekundet, dafs kein gewissenhafter Dermatologe jemals einen Fall von Psoriasis als wirklich geheilt erklären sollte.

Eigentümlich berührt, dafs ein eigenes, wenn auch kurzes Kapitel den Rash's gewidmet ist, womit der Engländer bekanntlich alle Formen von Hautausschlag bezeichnet. Sarkomatose der Haut: Das männliche Geschlecht scheint häufiger befallen zu sein, als das weibliche, das Alter zwischen 50 und 60 das prädisponierte zu sein. Sklerodermie: Bei den lokalisierten Formen (Sklerodaktylie) ist therapeutisch besonders wirksam die Elektrolyse und zwar nach Brocq die negative. In dem sehr reichhaltigen Aufsatz über Sensibilitätsstörungen nimmt der Pruritus mit seinen verschiedenen Lokalisationen den gröfsten Raum ein. Von den Erkrankungen der Schweifsdrüsen finden nicht nur die Hypersekretion und die Anhydrose, sondern auch die anderen, sehr interessanten Krankheitszustände wie Chromhidrosis, Photidrosis, Haematidrose, Uridrose vortreffliche Schilderung. Bezüglich der Trichophytose unterscheidet Sabouraud, der bekannte Forscher auf diesem Gebiete, dreierlei Arten: 1. Unseren alten Herpes circinatus, den Ringworm der Engländer, 2. an den behaarten Stellen, wobei durch den Haarausfall scheibenförmige kahle Partien entstehen (Teigne tondante), und 3. die Trichophytenaffektion der Nägel — mit oder ohne Erhaltung der äufseren Nagelschicht tritt Verdickung der Nagelmasse und spongiöse Umwandlung der ganzen von dem Parasiten befallenen Stelle ein. Einen genauen Begriff all dieser Affektionen, welche S. hier mit den eingehendsten Details beschreibt, erhält man nur durch die zahlreich beigegebenen Abbildungen, die sowohl das makroskopische Bild schildern, als auch die bakteriologische Erforschung des Pilzes zum Gegenstand haben. Bezüglich der Behandlung hebt S. bei der letztgenannten Form als besonders wichtig hervor, der lokalen Applikation von Jodkaliumlösung oder von Salben die Curettage der abgestorbenen Partien des Nagels mit Schere und Feile vorangehen zu lassen. Die rasche Heilung der Teigne tondante soll im direkten Verhältnis mit dem Grad der follikulären Entzündung entstehen; wenn diese gar nicht vorhanden, so sei die Heilungstendenz eine sehr geringe. Zur Anregung einer solchen bediene man sich am besten des Krotonöls, wodurch gleichsam die Natura medicatrix nachgeahmt werden soll. In jedem Falle mufs natürlich erst die Reaktionsfähigkeit des Kindes auf dieses schwache Ätzmittel, welches entweder rein oder in Form eines Stiftes (Ol. crotonis, Butyr. Cacao, Cer. virgin. ää 5,0) angewandt wird, geprüft werden. Eine sehr hübsche Zusammenfassung alles einschlägigen und für den Dermatologen wichtigen Materials bringt das Kapitel „Trophoneurosen", wofür Lenglet folgende provisorische Einteilung vorschlägt: 1. Trophische Störungen im Verlaufe einer bestimmten Krankheit des Nervensystems (bei Psychosen, bei Gehirn-, Rückenmarkserkrankungen, bei peripherer Neuritis). 2. Trophische Störungen infolge von Veränderung der sog. inneren Sekretion der Gefäfsblutdrüsen (Thymus, Glandula pituitaria) und mehr oder

weniger Dystrophien unbekannter Ursache (Myxödem, Acromegalie, Sklero-, Melanodermie, Adipositas dolorosa). 3. Die Krankheitsgruppen der Raynaudschen Affektion, der Erythromelie (mit vorwiegend vasomotorischen Erscheinungen), der Acroparaesthesie, Acrodynie (hauptsächlich sensibler Natur) und schliefslich die eigentlichen trophischen Symptomenkomplexe der Sklerodermie (siehe oben ?), Sklerodaktylie, Morvanschen Krankheit usw. Die 4. und letzte Gruppe bilden die monomorphen Eruptionen mit systematischer Verteilung, wie Herpes, Zona, Lichen, Psoriasis, Vitiligo usw. Von den verschiedenen Formen der tuberkulösen Hautaffektionen wäre als besonders interessant die tuberkulöse Lymphangitis hervorzuheben, welche mit Vorliebe die unteren Extremitäten befällt, verschiedene Typen (strangartige, isolierte Knötchen an den Lymphgefäfsen, telangiektasische Lymphangitis reticularis) hat und wahrscheinlich, obwohl ein seltenes Leiden, durch geringfügige äufsere Verletzungen zustande kommt. Zur grofsen Schar der Tuberkulide rechnet Lafitte, der Verfasser dieses umfangreichen Kapitels, den Lichen scrophulosorum, die Folliclis und Acnitis Barthélemys, den Lupus erythematodes nebst seinen Varietäten Lupus pernio und Lupus exanthematicus und noch eine Reihe seltener Erkrankungen, wie die Pityriasis rubra Hebrae, manche Arten von Frostbeulen usw. Die Tumoren der Haut werden in die zwei grofsen Gruppen der epithelialen und der Bindegewebs-Gefäfsgeschwülste eingeteilt; zu ersteren gehören die Papillome, Adenome, Molluscum contagiosum, die Cysten mit ihren zahlreichen Unterabteilungen, die Naevi und Epitheliome, zu letzteren die Angiome, Fibrome, Keloide, Osteome, Lipome, Xanthom, Urticaria pigmentosa, Sarkome, Endotheliome. Eine Farbentafel gibt u. a. ein sehr hübsches Bild zur differentialdiagnostischen Unterscheidung einiger dieser Affektionen (Hautfibromatose, Cyste der Lider, Dermatomyom und Fibrosarkom). Auffallend kurz behandelt ist die so wichtige Therapie des Ulcus varicosum, wobei z. B. des Unnaschen Zinkleimverbandes gar nicht gedacht wird, ein Versehen, das wohl nur als solches anzusehen ist. Von den verschiedenen Formen der Urticaria (Urticaria papulosa, haemorrhagica, tuberosa, factitia, oedematosa, gangraenosa) erregt die als besondere Affektion beschriebene Urticaria pigmentosa mit den beigegebenen Abbildungen wohl das Hauptinteresse. Die Warzen, Xanthom, die Zona sind als die letzten Kapitel des des Bandes nicht minder wissenschaftlich abgehandelt wie viele andere hier erwähnte und auch nicht genannte Hautleiden. So sehr es Referenten verlocken würde, weitere Einzelheiten herauszugreifen, so sehr wird der Leser begreifen, dafs bei der Fülle des Gebotenen die Berichterstattung immer eine lückenhafte und für gar manchen unbefriedigende sein mufs. Der Hauptzweck, zur Lektüre dieses grofsartigen Werkes, welches jeder gröfseren Bibliothek einverleibt werden sollte, anzuregen, dürfte wohl erreicht sein. *Stern-München.*

12000 Fälle von Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bericht aus Prof. Fingers Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Allgemeinen Krankenhause in Wien, erstattet von Karl Pezzoli und Alexander Porges. (Deuticke, Wien 1908.) Der umfangreiche Bericht bringt neben den statistischen Ergebnissen im Anschlufs an die gemachten Beobachtungen eine grofse Zahl von Mitteilungen aus dem ganzen Gebiete der Dermato-Syphilidologie, die sehr lesenswert sind. Nur weniges sei hier hervorgehoben: Bei Ekzemen aller Art, Pityriasis rosea, Impetigo contagiosa bewährte sich Naftalan ausgezeichnet. — Akne vulgaris wurde durch Bierhefe sehr günstig beeinflufst. — Milchdiät, Menthol intern und Purgantia erzielten ausgezeichnete Resultate bei Prurigo Hebra. — Von Interesse sind Fälle von Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi, Lupus follicularis disseminatus faciei, Erythromelalgie, Adenoma sebaceum. — Aus dem Bericht über die Syphilisfälle sei ein Fall zweifelloser postkonzeptioneller Syphilis hervorgehoben. — Die Präventivkuren

gaben keine ermunternden Ergebnisse. Dagegen bewährte sich die chronisch-intermittierende Behandlung, die allerdings nur 1—2 Jahre durchgeführt wurde. — Viel Gebrauch wurde von der Injektionsbehandlung gemacht, wobei das Hydrarg. salicyl. besonders gelobt wird. — Von Jodpräparaten haben neben Jodalkalien Jodol (zwei- bis dreimal täglich 0,2) und Jodipin sich besonders bewährt; nach Jodalbacid trat einmal eine schwere Ernährungsstörung auf. — Besonders eingehend wird über die Blennorrhoe berichtet, wobei die Silbereiweifspräparate eine grofse Rolle spielen. Näher auf diesen Teil einzugehen, verbietet der Raum. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Syringomyelie. Eine Monographie, von Hermann Schlesinger. Zweite vollständig umgearbeitete und bedeutend vermehrte Auflage. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1902.) Die ausgezeichnete Bearbeitung der Syringomyelie durch den Verfasser ist in zweiter, sehr vermehrter Auflage erschienen. In vollkommen erschöpfender Weise ist hier das interessante Krankheitsbild dargestellt, die gesamte Literatur ist eingehend berücksichtigt, eigene Erfahrung reichlich vermerkt. Kurzum, die über 600 Seiten starke Monographie ist einfach musterhaft. Für den Dermatologen ist das Werk in doppelter Beziehung von Wert: Erstens ist das Gemisch von vasomotorischen, sensiblen, trophischen Neurosen der Haut, welche die Syringomyelie zur Folge hat für jeden, der die Beziehungen der Haut zum Nervensystem studiert, überaus anregend. Zweitens ist die bekannte Differenz der Anschauungen über die Grenzen der Syringomyelie und der Lepra nervosa noch immer nicht ausgeglichen. Wer in diese Fragen sich vertiefen will, mufs in dem vorliegenden Werk sich Belehrung holen.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Zellgewebsverhärtungen der Neugeborenen (Sclerema oedematosum, adiposum und Sklerodermie), eine monographische Studie, von Friedrich Luithlen. (Wien 1902.) Das Sklerem der Neugeborenen ist nicht nur von der Sklerodermie zu trennen, sondern umfafst selbst zwei ganz getrennte Krankheitsbilder, das Sklerödem und das Fettsklerem. Verfasser grenzt diese beiden Leiden scharf voneinander ab. Die Differentialdiagnose ist kurz folgende: Das Sklerödem tritt nur in den ersten Lebenstagen auf, das Fettsklerem auch später, wenn auch selten nach dem zweiten Monate. Beim Ödem ist die Haut cyanotisch, asphyktisch, selten unverändert; das Volumen der Haut ist durch seröse Infiltration vermehrt, der Fingerdruck hinterläfst eine Grube. Dahingegen zeigt das Fettsklerem eine marmorweifse Haut; die betroffene Partie ist weniger voluminös; die Haut ist meistens an die Unterlage wie angelötet; der Fingerdruck ist unmöglich. — Eine Kombination beider Prozesse kommt vor. — Betreffs des genauen Studiums der Pathologie der in Rede stehenden Leiden sei auf die Monographie selbst verwiesen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die gummöse Erkrankung der weiblichen Urethra, von Georg Loewenbach. (Braumüller, Wien 1903.) An der Hand von 28 Krankengeschichten konstruiert der Verfasser das Bild der gummösen Erkrankung der Urethra des Weibes. Das Leiden beginnt am Urethralwulst oder an dem Orificium urethrae in Form eines Geschwüres mit allmählich sich vertiefender glatter, glänzender, speckig belegter, mäfsig infiltrierter Basis. Es heilt in diesem Stadium leicht unter entsprechender antiluetischer Behandlung, um aber in der Narbe zu rezidivieren und progredient zu werden, so dafs grofse, serpiginöse Geschwüre, ein prallelastisches Ödem und eine wahre Hypertrophie entstehen. Die weitere Entwicklung des ulcerös-cicatriciell-elephantiastischen Leidens, welches meistens zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre auftritt und nicht immer eine günstige Prognose gibt, schildert Verfasser in anschaulicher Weise. Das Studium der Literatur lehrt, dafs die geschilderte Affektion sich unter verschiedenen Namen in derselben findet: „Ulcus chronicum s. elephantiasticum", „Ulcus rodens", „Elephantiasis ulcerosa", „Lupus s. Esthiomenes vulvae". Bei allen diesen Affektionen ist

nach Verfassers Anschauung die gummöse Erkrankung der primäre Vorgang. — Die klar geschriebene Monographie ist sehr lesenswert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Studien über hereditäre Syphilis. II. Teil: Knochenerkrankungen und Bewegungsstörungen bei der angeborenen Frühsyphilis, von CARL HOCHSINGER. (Deuticke, Wien 1904.) Die Gediegenheit der in dem ersten Teile der HOCHSINGERschen Studien über hereditäre Syphilis berechtigte zu hohen Anforderungen an die folgenden Teile. Der hier vorliegende zweite, 566 Seiten starke Band wird diesen Anforderungen vollkommen gerecht, da er eine ebenso klare wie inhaltreiche Bearbeitung der Knochenerkrankungen und Bewegungsstörungen bei angeborener Frühsyphilis (nur auf diese erstreckt sich die Arbeit) bringt, wie wir ihresgleichen noch nicht in der Literatur besitzen. Eine grofse eigene Erfahrung, gründliche mikroskopische Studien, eine vollkommene Beherrschung alles dessen, was über das Thema geschrieben ist, verbinden sich hier zu einem nicht genug zu lobenden Werk. Nur kurz kann hier der reiche Inhalt skizziert werden. Der erste Abschnitt bringt die Physiologie der Knochenentwicklung, als Basis der Studien über die pathologischen Veränderungen bei hereditärer Syphilis unentbehrlich, und eine Geschichte des in Rede stehenden Leidens, d. h. einen Abrifs der gesamten Literatur. Die pathologische Anatomie und Histologie ist Gegenstand der Behandlung in der zweiten Abteilung. Es wird eingehend dargestellt, wie bei den Knochen, ähnlich wie bei dem Drüsensystem der Neugeborenen, die Stellen mächtigsten Wachstumsaffluxes, auch Sitz hereditär-luetischer Veränderungen sind. Diffuse periostale Hyperostose und diffuse entzündliche Alterationen an den Stellen des periostalen und endochondralen Knochenwachstums sind deshalb die Manifestationen hereditärer Frühsyphilis. Folgende Erkrankungsformen unterscheidet der Verfasser: 1. Wachstumsstörungen und Entzündungsvorgänge im Bereich der Epiphysenknorpel; 2. periostale hyperplastische Entzündungsprozesse; 3. periostale und endostale Rarefikationsvorgänge; 4. abnorme Markraumbildung innerhalb der knorpeligen und knöchernen Gebilde; 5. Exzesse im Bereich der Knorpelverkalkung an den Epiphysenlinien; 6. diffus entzündliche Zellproliferation, von den endostalen Markräumen ausgehend; 7. regressive Veränderungen des diffus erkrankten Knorpel- und Knochenmarks; 8. eigentümliche Nekrosenvorgänge im Bereiche der Wucherungs- und Verkalkungszone des hyalinen Knorpels und der Zone der primären Markraumbildung. — Den klinisch-radioskopischen Betrachtungen und den Bewegungsstörungen bei der hereditären Frühsyphilis ist der dritte Abschnitt gewidmet. Hier finden wir eine reiche Kasuistik, erläutert durch viele Röntgenbilder. Die Bewegungsstörungen werden eingeteilt nach anatomischen Gesichtspunkten in 1. Fälle mit klinisch-manifesten Knochenaffektionen; 2. Fälle mit klinisch-manifesten Muskelaffektionen; 3. Fälle ohne palpablen klinischen Befund an den Muskeln und Knochen. Funktionell kommen in Betracht: Bewegungsstörungen und Haltungsanomalien der Extremitäten, lähmungsartige und spastische Zustände. — Besonders betont Verfasser, dafs manche als „Pseudoparalyse" (PARROT) bezeichnete Zustände in Wahrheit Kontrakturbilder sind, die Folge einer Flexionshypertonie der Extremitätenmuskeln, welche unabhängig von Knochenerkrankungen im frühesten Kindesalter in Form von Dauerspasmen auf Grund hereditärer Frühsyphilis entstehen können. Es ist dieses die von ihm als „Myotonie der Neugeborenen und Säuglinge" bezeichnete Affektion. — Natürlich wird auch die Pseudoparalyse ausreichend gewürdigt, ebenso wie die Muskelerkrankungen und Arthropathien bei der hereditären Frühsyphilis eingehend dargestellt sind; stets illustriert eine Fülle eigener, oft tabellarisch wiedergegebener Beobachtungen die Ausführungen. — Der vierte und letzte Abschnitt behandelt das Verhältnis der hereditären Syphilis zur Rhachitis und die hereditäre Frühsyphilis des Schädelskeletts, wobei der syphilitische Wasserkopf besonders gründlich

bearbeitet ist. Den Schluſs bildet die Darstellung der hereditären Nasensyphilis der Neugeborenen, eines bekanntlich höchst wichtigen Symptoms. — Mag auch nicht jeder Schluſs unfehlbar sein, der in diesem von bewundernswertem Fleiſse und von nachahmungswerter Gründlichkeit Zeugnis ablegenden Buche gezogen wird, eine Fundgrube aller weiteren Forschungen wird es stets bleiben. Möge der verheiſsene dritte Band der Studien bald folgen. — Die gute Ausstattung, die acht chromolithographischen Tafeln, welche Knochenschnitte wiedergeben, verdienen ein besonderes Lob.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege, herausgegeben von Georg Liebe, Paul Jacobsohn, Georg Meyer. II. Bd. II. Abt. (Aug. Hirschwald, Berlin.) Die umfangreiche Schluſsabteilung des Werkes über Krankenversorgung und Krankenpflege bringt die spezielle Krankenversorgung für Soldaten bei der Marine aus der Feder von Nocht, Kleffel, Pielicke, eine vorzügliche Bibliographie der gesamten Krankenpflege von Ernst Roth und zwei Nachträge von Pielicke (spezielle Krankenversorgung für Arbeiter bei Invalidität und im Alter), von Thiem (spezielle Krankenversorgung für Arbeiter in Betriebsunfällen) und Kleffel (Hospitalschiffe), und ein Inhaltsverzeichnis. — Damit ist das groſs angelegte Werk zu Ende geführt, welches eine Fundgrube für alle für dieses Gebiet sich interessierenden Forscher bildet. Die eingehende und ausführliche Bearbeitung aller Kapitel macht das Buch zu einem unentbehrlichen Nachschlagewerk. Hoffentlich findet es weite Verbreitung, damit auch Neuauflagen in nicht zu langen Zwischenräumen folgen können. Letzteres ist um so nötiger, als ja besonders in Deutschland, auf dessen Verhältnisse das Werk ja zugeschnitten ist, gerade auf dem Gebiete der Krankenversorgung freie Hilfskräfte und die staatliche Gesetzgebung so lebhaft bei der Arbeit sind, daſs das Neue bald alt wird, Reformen in stetem Werden sind. — Jedenfalls ist die in diesem Werke zuerst durchgeführte, und zwar in sehr vollkommener Weise durchgeführte Zentralisierung des Stoffes mit groſser Freude zu begrüſsen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik, herausgegeben von E. v. Leyden. I. Bd., II. Abt. und II. Bd., I. Abt. (Georg Thieme, Leipzig.) Die Fortsetzung des sehr zeitgemäſsen (mittlerweile schon in zweiter Auflage erschienenen) Handbuches über Ernährungstherapie und Diätetik bringt in den vorliegenden Abteilungen die Technik und den Komfort der Ernährung von Martin Mendelsohn, die künstliche Ernährung von W. v. Leube, diätetische Kuren von F. A. Hoffmann und die spezielle Ernährungstherapie bei Lungenkrankheiten (Dettweiler), Halskrankheiten (Felix Klemperer), Herzkrankheiten (M. J. Oertel, H. Bock), Nervenkrankheiten (F. Jolly), Verdauungskrankheiten (Riegel, Ewald, Boas, Mosler, Peiper, Stadelmann). — Genauer kann natürlich auf die durchweg sehr anregend geschriebenen und belehrenden Arbeiten nicht eingegangen werden. Den Dermatologen, der ja oft Leiden zu behandeln hat, die mit Leiden aller internen Organe in Zusammenhang stehen, sollten sie aber alle sehr interessieren, da ja die Diätetik bei Krankheiten mehr durch innere Anomalien als die Dermatosen selbst diktiert wird. — Hervorheben möchte ich hier nur den Abschnitt über die subcutane Ernährung. Aus demselben ersehen wir, daſs die Versuche, Albuminsubstanzen in nennenswerter Menge dem Körper durch die Haut zuzuführen, alle bisher fehlgeschlagen haben. Nicht viel besser steht es mit der subcutanen Injektion von Kohlenhydraten. Zuckerlösungen in 10%iger Lösung werden ebenfalls vertragen, rufen aber örtlich so lebhafte Schmerzen hervor, daſs sie klinisch nicht anwendbar sind. Dagegen sind Ölinjektionen sehr leicht ausführbar. Auch Butter, subcutan zugeführt, wird beim Hunde resorbiert und zum Fettansatz verwertet. Zur Anwendung bei Patienten eignet sich aber nur

Öl. Notwendig ist gleichzeitige starke Eiweifszufuhr, da grofse Ölmengen den Eiweifszerfall steigern können. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Anwendung der Bakteriologie in der praktischen Medizin, von Richard Kretz. (*Medizinische Handbibliothek.* IV. Bd. Hölder, Wien.) In kurzer Darstellung wird hier das wichtigste aus der Lehre von der Bedeutung der Bakteriologie für Diagnose, Prophylaxe und Therapie wiedergegeben. Das ist weniger, als der Titel verspricht. Nach diesem müfste man auch eine Schilderung der Technik, der Färbungs- und Kulturmethoden erwarten, die hier als bekannt vorausgesetzt werden. Diese Teilung des Stoffes ist ein Fehler, da sie für den Praktiker die Anschaffung noch eines Buches bedingt. Vielleicht erweitert Verfasser den Inhalt bei einer Neuauflage in der genannten Richtung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Syphilom des Ciliarkörpers. Eine anatomisch-klinische Studie, von Th. v. Ewetzky. (Karger, Berlin 1904.) Auf eine Mitteilung von vier eigenen und 67 in der Literatur niedergelegten Beobachtungen von Syphilomen des Ciliarkörpers gibt Verfasser in einem klinischen Teil eine eingehende Darstellung dieser Augenerkrankung. Zutage tritt das Syphilom am häufigsten nach Durchbruch der stets gleichzeitig pathologisch veränderten Sklera, seltener gelangt es in die vordere Kammer, am seltensten in den Glaskörper. Der Verlauf in den verschiedenen Fällen, das Verhalten der anderen Augenabschnitte wird in klarer Darstellung geschildert. — Ätiologisch ist hervorzuheben, dafs das Syphilom des Ciliarkörpers meistens (in 43% der Fälle) in den ersten Monaten nach der Infektion auftritt, meistens begleitet von Sekundärerscheinungen. — Die Arbeit bringt noch genaue anatomische Untersuchungen und ein gutes Literaturverzeichnis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Pathologie und Therapie der Unfruchtbarkeit des Weibes, von Ferdinand Schenk. (S. Karger, Berlin 1903.) Auf eine Betrachtung der Anatomie und Physiologie der weiblichen Geschlechtsorgane folgt die Erörterung der Ätiologie. Da die verschiedensten Veränderungen Sterilität bedingen können, bringt dieser Teil natürlich auch einen sehr vielseitigen Inhalt, der in drei Abschnitte zerfällt: 1. Sterilität, bedingt durch pathologisch-anatomische Veränderungen lokaler Natur (Entwicklungsanomalien, Neubildungen, Entzündungen); 2. Sterilität, bedingt durch pathologisch-anatomische Veränderungen allgemeiner Natur; 3. Sterilität ohne nachweisbare pathologisch-anatomische Veränderungen. Die Besprechung der Therapie vervollständigt die Arbeit. — Für die Leser *dieser Zeitschrift* dürfte besonders die ätiologische Bedeutung der Blennorrhoe für die Sterilität von Interesse sein, welche bei Besprechung der Entzündungen die verdiente Würdigung findet. In dem Abschnitte über Therapie wird auch die Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe erörtert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Girolamo Fracastors Gedicht von der Syphilis oder von der Franzosenseuche. Im Versmafs des lateinischen Urtextes übersetzt von Heinrich Oppenheimer. (Aug. Hirschwald, Berlin 1902.) Wenn historische Denkmäler literarischer Natur in einer so angenehmen Form geboten werden, müssen sie jeden Leser fesseln. Mit allergröfstem Interesse habe ich die überaus poetische Darstellung der Syphilis, welche aus dem 16. Jahrhundert stammt, gelesen. Je weniger heute in der nüchternen Zeit jemand daran dächte, medizinische Beobachtungen in poetischer Form wiederzugeben, um so anregender ist die Lektüre der vorliegenden, ganz ausgezeichnet übersetzten Schrift. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über Thiosinamin und seine Anwendung, von Alfred Lewandowski-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1903. Heft 10.) L. sucht von neuem das Interesse für das Thiosinamin zu erwecken, welches die Eigenschaft besitzt, auf pathologische Gewebe bestimmter Natur in besonderer Weise einzuwirken. Nach seinen und den Erfahrungen anderer Autoren, besonders auch des Entdeckers des Thiosinamin als medizinisches Mittel, Hans v. Hebra, stellt L. folgende Leitsätze auf:

1. Das Thiosinamin ist als ein für den Gesamtorganismus unschädlicher Stoff anzusehen.

2. Seine Anwendungsweise geschieht vorläufig am zweckmäfsigsten in Gestalt von subcutanen Injektionen 15%iger alkoholischer Lösungen, welche vor wässerigen der zuverlässigen Wirkung wegen den Vorzug verdienen. Über innerliche Darreichungen ist das Urteil noch auszusetzen. Die Anwendung in Form von Pflastermullen (Unna) kann zu heftigen Reizungen führen, ist aber in geeigneten Fällen zu versuchen.

3. Eine Erklärung seiner elektiven Wirkung fehlt zurzeit.

4. Indiziert ist seine Anwendung

a) bei allen narbigen Zuständen der äufseren Haut und des inneren Körpers, ganz gleich, welcher Provenienz die Narbe ist, so ist es erfolgreich bei allen Hautnarben, Verbrennungen, Lupus, Carcinomen, bei Adhäsionen, Verklebungen, Verwachsungen innerer Organe untereinander und mit serösen Häuten, ferner bei Keloid, Sklerodermie, Rhinophym;

b) als präparatorisches Mittel vor Operationen, welche wegen gefährlicher Verwachsungen Schwierigkeiten bereiten;

c) als narbenerweichendes Mittel nach Operationen, wo die Narbe die Ursache der postoperativen Beschwerden ist;

d) in der Augenheilkunde bei allen Hornhautflecken, Katarakt, iritischen Verwachsungen (hintere Synechie), Chorioiditis disseminata exsudativa;

e) bei jenen Fällen von Schwerhörigkeit und Taubheit, die durch fibröse Massen und narbige Veränderungen im inneren Ohr (Paukenhöhle) verursacht werden.

5. Seine Anwendung ist kontraindiziert oder nur mit grofser Vorsicht erlaubt, wenn die Möglichkeit vorliegt, dafs akute oder eben abgelaufene entzündliche Prozesse durch ihr Aufflammen dem Organismus Gefahr bringen könnten (frische Keratitis). Liegt eine Propagation der Entzündung im Rahmen der therapeutischen Absicht, steht seiner Anwendung nichts im Wege. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Angioneurosen.

Lokale Asphyxie und symmetrische Gangrän Raynauds, von E. R. Jahn-Erfurt. (*Neuer med. Generalanz.* Nr. 1 u. 2.) Nach einleitenden Bemerkungen über Wesen und örtliche Verbreitung der in Rede stehenden Krankheit beschreibt Verfasser drei von ihm in Gemeinschaft mit Prof. Lücke und Prof. Cahn (Strafsburg) beobachtete Fälle.

Alle drei Kranken stammten aus dem Oberelsafs; zwei davon starben später an Herzschwäche, während bei dem dritten, einem Weinhändler mit tuberkulösem Spitzenkatarrh, ebenfalls Verfasser ein nicht ganz intaktes Herz (Verfettung) annimmt. Bei diesem Fall ist übrigens bemerkenswert, dafs die als symmetrische Gangrän diagnostizierte Affektion in einer ca. 3—4 cm langen und 2—3 cm breiten, mit durchsichtigem Serum gefüllten Blase des Metatarsi quinti an beiden Füfsen bestand, einen wenig oder gar nicht eiternden Grund zeigte und nach 14 Tagen vollkommen verheilt war. Der dritte Fall zeichnet sich dadurch aus, dafs die Gangrän unsymmetrisch auftrat.

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Die Symmetrie der Gangrän ist nicht von pathologischer Bedeutung. 2. Die Prognose ist keine gute. 3. Angenommen, dafs Herzschwäche die Ursache ist, so erklärt es sich zwanglos, weshalb gerade an den Extremitäten die Erkrankung sich zumeist zeigt; die Symmetrie der Arterienbahnen wiederum erklärt das symmetrische Versagen der kleinsten Arterien und anderseits auch wieder, da sich Abweichungen von der gewöhnlichen Symmetrie der Arterienbahnen finden, das Vorkommen nicht symmetrischer Gangrän. 4. Die lokale Asphyxie ist demnach unter das Kapitel „Krankheit des Herzmuskels“ bezw. „Marant. Gangrän“ zu rubrizieren.

Das relativ häufige Vorkommen der Erkrankung in Frankreich, Elsafs und der Schweiz erklärt Verfasser durch den Alkoholmifsbrauch, der gerade in diesen Ländern schon im Kindesalter getrieben, wodurch Fettherz und Degeneration des Herzmuskels entständen. Ferner durch den ausschliefslichen Weifsbrotgenufs, wegen des Fortfalls der im Schwarzbrot enthaltenen Nährsalze.

Auch die Noma will der Autor, da sie meist nach Krankheiten, die das Herz schädigen, auftritt, als eine Art lokale, durch Herzschwäche bewirkte Asphyxie ansehen.

(Es wird doch wohl nicht gut gehen, in jedem Falle von Raynaudscher Krankheit Herzschwäche dafür verantwortlich zu machen und die Ätiologie als eine so einheitliche hinzustellen, ohne Innervationsstörungen usw. zu berücksichtigen. D. Ref.)

Heinr. Rausch-Darmstadt.

Chronische Cyanose mit Polycythämie und Milzvergröfserung; eine neue klinische Einheit, von W. Osler. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Aug. 1903.) Von dieser interessanten Affektion sind bisher nur fünf Fälle in der Literatur verzeichnet. O. fügt noch vier Beobachtungen hinzu, von denen er zwei selbst in Behandlung hatte, während zwei aus der Praxis anderer Ärzte stammten, welche indessen die Diagnose als solche nicht gestellt hatten. Das Alter der Patienten schwankte zwischen 35 und 53 Jahren, dem Geschlecht nach verteilten sie sich auf sechs Männer und drei Frauen. Das auffallendste Symptom war bei allen eine intensive Cyanose, welche aber unter Witterungswechseln und sonstigen Einflüssen mehr oder minder bedeutende Schwankungen aufwies. Dieselbe betraf namentlich die unbedeckten Körperteile, aber auch die sonstige Haut war bei einzelnen deutlich beteiligt. Dabei waren die gewöhnlichen zu Cyanose führenden Störungen, wie Herzfehler, Emphysem usw., mit Bestimmtheit auszuschliefsen. Pigmentierungen waren, wie zu erwarten, häufig vertreten. Als zweites wesentliches Merkmal ist die enorme Vermehrung der roten Blutkörperchen zu erwähnen; dieselben betrugen für gewöhnlich 8—9 Millionen im Kubikmillimeter, doch hat man bis zu 12 Millionen gezählt. Die meisten Blutkörperchen wiesen meistens einen Durchschnitt von 10000 auf. Der Hämoglobingehalt war stets sehr hoch. Für die klinische Beobachtung machten sich diese Veränderungen durch die sehr dunkle Farbe des Blutes und dessen grofse Zähigkeit und Klebrigkeit bemerkbar. Auch wurde verschiedentlich ein erhöhter Arteriendruck konstatiert. Als drittes spezielles Merkmal ist die Milzschwellung hervorzuheben, welche nur in einem einzigen der Fälle als nicht vorhanden bezeichnet wird. Von subjektiven Be-

schwerden sind dabei beobachtet: Kopfweh, Schwindel, grofse körperliche und geistige Schwäche und Hinfälligkeit, sowie Schmerzen im Rücken und in der Milzgegend. Fieber wurde niemals beobachtet. Im Urin fand man meistenteils eine Spur Eiweifs, sowie einzelne hyaline und gelegentlich auch granulierte Cylinder. Das Leiden endete dreimal unter den bisher beobachteten Fällen tödlich. Der genauere Zusammenhang, die eigentliche Pathologie der Krankheit, ist noch keineswegs aufgeklärt, doch scheint es sich hier zweifelsohne um eine ganz bestimmte klinische Einheit zu handeln.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Hartes traumatisches Ödem des Hand- und Fufsrückens, von Vullich. (*Centralbl. f. Chir.* 1902. Nr. 43.) Nach kurzem, gut lokalisiertem Schlag auf den Handrücken sah Verfasser öfter eine harte, elastische Geschwulst, einem elastischen Kissen gleich, entstehen; Fingerdruck hinterläfst keine Delle; die Knochen erwiesen sich durch Röntgenbilder stets unverletzt, Druck ist schmerzhaft, Fingerbewegungen sehr schmerzhaft. Die Geschwulst ging in 8—12 Wochen unter warmen Bädern zurück, Massage erschien nicht nützlich. Verfasser hält das Ödem als durch ein diffuses, fibröses Exsudat bedingt. Künstliche Hervorrufung der Geschwulst seitens des Verletzten (Unfallversicherten!!) hält Verfasser für ausgeschlossen.

F. Hahn-Bremen.

Urticaria nach endonasaler Anwendung von Nebennierenextrakt, von Albert Rosenberg-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903, Nr. 41.) Schilderung eines Falles, wo im Anschlusse an das Einlegen eines mit Nebennierenextrakt getränkten Wattebäuschchens in die Nase eine universelle Urticaria auftrat. Bei Wiederholung dieses Vorganges nach der Heilung trat wieder Urticaria auf.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Fall von gleichzeitiger Urticaria und Malaria, von G. Papakosta-Korfu. (*Lancet.* 9. Jan. 1904.) Es handelte sich um einen 26jährigen Soldaten, der schon früher an Malaria gelitten hatte und bei einer neuerlichen Attacke eine universelle Urticaria acquirierte. Genesung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Pellagra in Rumänien, von V. Babes-Bukarest. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 25.) B. stellt fest, dafs die Pellagra in Rumänien in fortwährendem Wachsen begriffen ist. Im Jahre 1888 gab es 10000, 1899 32000 Pellagröse, heute dürften es mehr als 40000 sein. In manchen Bezirken sind es 1 %, in anderen etwa 2 % der Gesamtbevölkerung. Frauen, die sich für gewöhnlich schlechter nähren und von Schwangerschaften und Wochenbetten erschöpft sind, werden von der Pellagra öfters befallen. Die Pellagra tritt in den Städten nur selten auf; auf 50 Pellagröse vom Lande kommt nur 1 Städter. B. meint, dafs die Pellagra dort heimisch ist, wo das Volk sich fast ausschliefslich von Mais nährt und an Unterernährung leidet. Ob die Ansicht mancher Autoren, dafs der Mais an und für sich, ob gut oder schlecht, Pellagra hervorrufe, ist nach B. fraglich. Seiner Ansicht nach ist es der Genufs von verdorbenem Mais, der Pellagra erzeugt. Für die Krankheit prädisponiert sind schwächliche, kranke, entartete Individuen; zahlreiche Patienten hatten Masern, Erysipel, Keuchhusten, Scharlach, Skrophulose, Syphilis, Sumpffieber durchgemacht, andere zeigten Entartungsstigmata, wie chronische Anomalien, minderwertige Intelligenz usw. Andere wieder hatten eine starke Erschütterung des Nervensystems durchgemacht. Ob der Alkohol prädisponierend auf die Pellagra wirkt, will Verfasser dahingestellt sein lassen; jedenfalls ist im Bezirke Roman, wo sehr viel Pellagröse vorkommen, keine Spiritusbrennerei vorhanden. In den Ortschaften, wo viele Syphilisfälle vorkommen, ist auch Pellagra häufig. Die Nachkommen von Pellagrösen werden viel öfter pellagrös als die gesunder Leute. Die Bevölkerungszunahme betrug dort, wo Pellagra selten ist, in fünf Jahren bis über

7 %, wenn auch reichlich Syphilis vorhanden war; in manchen Orten ist jedoch trotz reichlicher Pellagra kein Stillstand der Bevölkerungszunahme zu verzeichnen. Ob für die gröfsere Anzahl von Blinden, Taubstummen, Cretinen, Siechen die Pellagra verantwortlich zu machen ist, läfst Verfasser dahingestellt. Ob KALINDEROWS Ansicht, dafs das Malariafieber prädisponierend für die Pellagra ist, richtig ist, läfst Verfasser unentschieden. Nicht nur die romanischen Völker, sondern auch rein ungarische Kolonien und Juden werden von der Pellagra befallen überall dort, wo verdorbener Mais genossen wird. Nach B. ist überhaupt fast ausschliefslich die Verbreitung der Pellagra auf den Genufs von schlechten Mais zurückzuführen, der von den Armen unreif eingesammelt und so dem Verderben ausgesetzt ist. Die Symptome der Pellagra sind nach B. folgende: Das Leiden beginnt gegen Weihnachten mit allgemeiner Schwäche, insbesondere Herzschwäche, Trockenheit und Brennen im Schlunde, Magenbeschwerden und Erbrechen bei gleichzeitigem Heifshunger. Oft treten schon im Anfang Kopfschmerzen, Schwindel und Durchfall auf. Im Frühling, wenn der physisch heruntergekommene Bauer zur Feldarbeit schreitet, tritt auf dem Handrücken, dem Gesicht, der entblöfsten Brust, aber auch an den Füfsen und am Rücken ein rotfleckiges oder blasiges Erythem auf, das mit Schwellung der Haut und manchmal unerträglichem Brennen einhergeht. Unter Bildung von weifsen oder schwärzlichen Krusten, die sich fortwährend abschälen, schwindet die Schwellung nach 1—3 Wochen. Im Winter heilen die Symptome, um im Frühjahr von neuem aufzutreten. Nicht selten heilt die Krankheit, um nach mehreren Jahren wieder aufzutreten. Im späteren Stadium treten in der Hauptsache Störungen des Verdauungsapparates auf. Die Lippen sind dunkelrot und oft von Bläschen und Rhagaden besetzt; ebenso geschwellt ist die tiefgefurchte Zunge. Brennen und Schmerzen im Magen, begleitet von Durchfall und Koliken, Desquamation der Haut, nervöse Erscheinungen, Schwäche und Kopfschmerzen treten in den Vordergrund. Nach einigen Jahren verschlimmern sich die nervösen Erscheinungen und gelangen als stetig wachsende Schwäche, Traurigkeit, Verschlossenheit, Epilepsie und sonstige Krämpfe, Delirien bis zur Gehirnerweichung zum Ausdruck. Viele Pellagröse enden durch Selbstmord, indem sie sich ertränken. Das letzte Stadium ist das der Demenz, der Lähmung und der Kachexie. Die Patienten zeigen Muskelatrophien und Schwächezustände. Dafs der verdorbene Mais toxische Substanzen enthält, ist nach B. völlig erwiesen. Je verdorbener, schimmeliger der Mais, desto gröfser ist die Menge der in ihm enthaltenen spezifischen Giftsubstanz. Dafs zwischen der Pellagra und dem Gift des verdorbenen Maises eine Wechselwirkung besteht, beweist die Serumtherapie. Versuchstiere, die mit jenen toxischen Substanzen vergiftet wurden, konnten mittels Einverleibung des Blutes von Pellagrarekonvaleszenten gerettet werden, ebenso wie dieses Gift durch eine Vermischung mit demselben Blute unschädlich gemacht werden konnte. Ferner hat B. nachgewiesen, dafs die Pellagrösen mittels Injektion des Blutes derjenigen Tiere geheilt werden können, die durch die Einverleibung steigender Giftdosen in die Möglichkeit versetzt waren, ein spezielles Antitoxin zu liefern. B. macht dann eine Reihe von Vorschlägen zur Vorbeugung und Bekämpfung der Pellagra, die im Original nachzulesen sind. *Putsler-Dansig.*

Noch einmal die Keime der Pellagra, von CARRAROLI. (*Riv. med.* März 1902.) Verf. hat bereits im Jahre 1897 die Pellagra für eine durch Pilzeinwanderung bedingte Krankheit erklärt und bereits damals aus dem Maismehl und den von ihm entdeckten Keim ein identisches Toxin dargestellt. Nach seinen mikroskopischen und bakteriologischen Versuchen ist der betr. Pilz das Penicillium glaucum. Die vorliegende Arbeit gibt wiederum von allgemeinen Gesichtspunkten aus eine Übersicht über diese Ansicht des Verfassers. Mit der Maisnahrung gelangt der Pilz in

den Intestinaltractus, entwickelt sich dort, wandert auf dem Blutwege in die Haut und die übrigen Organe und führt so das Ende des Befallenen herbei.

F. Hahn-Bremen.

Zur Ätiologie der Pellagra, von Cargano. (*Riv. crit. di Clin. med.* 1903. Nr. 39.) G. referiert über die neuesten Arbeiten, welche über diese Frage publiziert worden, speziell über eine solche von de Giaxis in *Annali d'Igiene sperimentale*, 1903, Heft III, worin der Verfasser eine neue Theorie aufstellt, die man autotoxische nennen kann. Danach kommen nicht mehr gewisse toxische in verdorbenem Mais enthaltene Substanzen in Frage. Die Pellagra wird darin vielmehr als eine Autointoxikation betrachtet, die vom Darmkanal ausgeht: Infolge von vorherrschendem oder ausschliefslichem Genufs von Mais als Nahrung, mag nun derselbe verdorben oder von tadelloser Qualität sein, kommt es im Darme zur Produktion eines spezifischen Giftes unter der Wirkung der gewöhnlichen Darmparasiten (Bac. coli). Der Verfasser stützt sich dabei auf die Resultate der Untersuchungen zahlreicher Autoren, unter anderen auf den negativen Befund beim Aufsuchen von spezifischen Krankheitskeimen im verdorbenen Mais oder im Organismus der Pellagrösen.

C. Müller-Genf.

Beitrag zur Symptomatologie der Pellagra, von Leon Stefanowitz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 39.). Von Schleimhautveränderungen bei Pellagra sind beschrieben worden tiefe Einkerbungen der Zunge (Neusser), die derselben ein schachbrettähnliches Aussehen gaben, ferner Salivation (George Prodopin), Rötung, Schwellung und glatte Beschaffenheit der Mundschleimhaut (Babes). Verf. schildert eine weitere charakteristische Anomalie der Zungenoberfläche. Die Zunge ist frei von jedem Belag, erscheint hochrot, glatt und glänzend. Die Furchen Neussers (Lingua dissecans) sieht man häufig, aber sie sind nicht typisch. Wichtiger ist das Verhalten der Zungenpapillen. Die Papillae filiformis erscheinen wie abgeschliffen und gleichmäfsig rot durch Desquamation der fadenförmigen Fortsätze. Um so mehr treten die Papillae fungiformes als stecknadelkopfgrofse, rotglänzende Prominenzen hervor. Die ganze Mundschleimhaut fällt durch karminrote Farbe auf, wogegen die Mundwinkel, die dem Zahnfleisch zugekehrten Teile der Wangen und Lippenschleimhaut, die Gaumenbögen und teilweise die Gaumensegel oft einen reifartigen, bläulichgrauen Anflug zeigen, entstanden durch Führung und Auflockerung des Epithels. Diese Symptome treten gleichzeitig mit den anderen Erscheinungen des akuten Stadiums auf oder gehen ihnen voraus. Sie schwinden meist früher als die Hautveränderungen. Die hartnäckigsten Fälle gehen oft mit abundanter Salivation einher. Paraesthesien in der Mundhöhle sind meistens vorhanden. — Ähnliche Veränderungen sah Verfasser an den Genitalien pellagröser Frauen. Die die Genitalien umgebende Haut ist dunkel pigmentiert; die verdickte Epidermis schuppt zum Teil ab. Die Abgrenzung nach der gesunden Haut ist eine scharfe. Die Labia majora, die Nymphen haben einen feuchten, mazerierten, grauen Epithelbelag, Vorhof und Scheide sind hellrot, glatt, glänzend. Ausfluſs sehr gering; subjektive Beschwerden fast nie vorhanden. — Verfasser will den Namen „Pellagra" durch „Zeïtoxiamus" (Maisvergiftung) ersetzt haben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Kasuistik der toxischen scarlatiniformen Exantheme, von Th. Zangger. (*Corresp.-Blatt f. schw. Ärzte.* 1903. Nr. 17.) Z. führt zum Beweise für die mannigfachen Beziehungen der Erkrankung des Magendarmkanals und der Haut einige Krankengeschichten an, deren eine insofern Interesse bietet, als Z. beim ersten Auftreten des Exanthems die Diagnose Scharlach gestellt hatte, während der Verlauf der Krankheit zeigte, daſs es sich um toxisches Erythem, nach Genufs von schlechtem Eis, handelte. Einen ähnlichen Fall hat Albu berichtet.

Putzler-Danzig.

Bericht über einen Fall von Lähmung der oberen Extremitäten, wahrscheinlich infolge von Diphtherie unter Begleitung eines (septischen) Ausschlags, von R. E. P. Squibbs-Nottingham. (*Lancet.* 21. Nov. 1903.) Der Ausschlag war scharlachartig und hielt zehn Tage lang an, indem Rumpf und Oberschenkel sowie die Arme affiziert wurden. Aus dem knappen Bericht können bestimmte Schlüsse nicht gezogen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Veronal-Vergiftung, von G. F. M. Clarke-London. (*Lancet.* 23. Jan. 1904.) In dermatologischer Hinsicht ist zu bemerken, dafs als Nebenwirkung des Narkotikums sich am ganzen Körper ein erythematöser Ausschlag entwickelte mit ödematöser Schwellung des Gesichts. Einige Tage später war bei (heimlichem) Fortgebrauch des Mittels der Ausschlag von scarlatiniformer Beschaffenheit, und nach Aussetzen desselben blieb die Haut noch mindestens acht Tage lang von abnormer Rauheit. Patientin, eine 19jährige Frau, hatte mehrmals an nacheinander folgenden Abenden je 1,5 Veronal genommen, was ernsteres Coma und sonstige nervöse Erscheinungen erzeugt hatte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von chronischer Werlhofscher Krankheit, von G. Massanek. (*Budapesti orvosi ujság.* 1903. Nr. 7.) Die Ätiologie der Werlhofschen Krankheit ist noch im Ganzen dunkel und dementsprechend auch die Therapie. Es werden die verschiedensten therapeutischen Maßnahmen empfohlen, welche auch heilen, es gibt aber auch Fälle, die allen Behandlungen trotzen; ein solcher ist der beschriebene Fall. Bereits vor ca. 9—10 Monaten traten bei dem Kinde Blutungen im Hautorgane, mehreremal traten blutige Stühle auf, das Kind war ganz abgemagert, kachektisch und fieberte stets. Nachdem das Kind als moribund betrachtet wurde, nahmen es die Eltern aus der Hospitalbehandlung heraus. Im Elternhause genofs es keine ärztliche Behandlung und war stets aufser Bett. Das Kind stand bereits seit vier Monaten wieder in Hospitalbehandlung. Es wurde Hydrastis, Gelatin, Ergotin, Ferrum sesqui chloratum angewendet, ohne dafs jedwede Besserung eintrat. Das Kind hat zwar etwas an Körpergewicht zugenommen, auch das Blutharnen und Eiweifs hat abgenommen, die Eruptionen setzen sich aber fort, hauptsächlich, wenn das Kind das Bett verläfst. Die Blutuntersuchung ergibt normalen Befund. Die Prognose der Purpura ist in der Regel günstig. Über die sich verziehenden hartnäckigen Fälle findet man in der Literatur wenig Aufschlufs. Nach Litten gehen dieselben in chronische Nephritiden über, es können auch gröfsere Blutungen auftreten, und schliefslich kann durch fortwährende Blutungen die Kachexie zum Tode führen. *A. Alpár-Alexandrien.*

Barlowsche Krankheit (Skorbut der kleinen Kinder), von M. Stoss. (*Corresp.-Blatt f. schw. Ärzte.* 1903. Nr. 15.) St. hatte Gelegenheit, vier Fälle von Barlowscher Krankheit selbst zu beobachten, einen fünften hatte er zugewiesen erhalten. Er läfst die genauen Krankengeschichten dieser Fälle folgen und weist darauf hin, dafs trotz der unverkennbaren klinischen Symptome, als da sind: Anschwellungen an Armen und Beinen, Zahnfleischveränderungen und die ungemeine Schmerzhaftigkeit der von subperiostalen Blutungen befallenen Glieder, die progressive Anämie und das kachektische Aussehen der Patienten, die Krankheit oft nicht zeitig genug erkannt wird. Es ist die rechtzeitige Sicherung der Diagnose aufserordentlich wichtig, weil die frühzeitige Behandlung des Morbus-Barlow von gutem Erfolge begleitet ist. Bedeutungsvoll für die Diagnose sind nach Verfasser die Nierenblutungen, sowie hämorrhagische Anschwellungen in der Augenhöhle. So gut bekannt die Erscheinungsformen und der Verlauf der Krankheit, so wenig geklärt sind die Anschauungen über die Natur und die Entstehungsweise derselben.

Putzler-Dansig.

Purpura in der Kindheit, von Arthur Voelcker. (*Brit. med. Journ.* 31. Okt. 1903.) In einem Zeitraume von 10 Jahren kamen im Middlesex Hospital 36 Fälle von Purpura zur Beobachtung; unter diesen befanden sich nur fünf Kinder unter zehn Jahren. Im Kinderhospital wurden unter 6465 Fällen der letzten sechs Jahre nur 16 Purpurafälle gezählt. Die Krankheit ist somit nicht besonders häufig; sie betrifft mehr Mädchen als Knaben. Symptomatische Purpura tritt gegenüber der essentiellen nicht so selten in den ersten Lebensjahren auf bei Tuberkulosis, schwerer Gastro-Enteritis, congenitaler Lues, fieberhaften und pyämischen Zuständen.

Auf mechanischem Wege durch Alteration des Blutdruckes kann Purpura beim Geburtsakt, beim Keuchhusten entstehen.

Die essentiellen Formen lassen sich in vier Gruppen einreihen:

1. die Purpura simplex, nur durch Hämorrhagien in der Haut charakterisiert;

2. Purpura rheumatica, bei welcher Gelenkschmerzen, Gelenkschwellungen und häufig verschiedene Formen von exsudativem Erythema gleichzeitig auftreten;

3. Purpura haemorrhagica oder Morbus maculosus Werlhofii, bei dem es zu Schleimhautblutungen, Gelenk-Schmerzen und -Schwellungen und allgemeinen konstitutionellen Störungen kommt.

4. die Henochsche Purpura, die mit heftigen Abdominalsymptomen und Erbrechen einsetzt, im übrigen aber der zweiten Gruppe gleicht.

Während Hämaturie bei der Purpura nur selten ist, kommt Epistaxis häufiger vor und bildet oft die Ursache des letalen Ausganges.

In therapeutischer Beziehung ist vor allem Bettruhe geboten, bei intestinalen Störungen wird man auf strenge Diät achten, bei Leibschmerzen und Diarrhoe Opium verordnen. Ergotin, Terpentin, Eisen und Calciumchlorid können von Nutzen sein, lassen aber oft im Stich, *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung von granulierenden Hautwunden, von H. Wagner-Breslau. (*Allgem. med. Centralztg.* 1903. Nr. 50.) Die Epidermisierung von granulierenden Wunden wird entschieden durch den bisherigen gänzlich luftdicht abschliefsenden Salbenverband nicht gerade befördert, mag die Salbe heifsen wie sie wolle. Im Krankenhause sei es immer noch das beste, die Transplantation nach Krause oder Thiersch dem Kranken vorzuschlagen. Wo man aber auf heftigen Widerstand trifft, da müsse man eine andere Wundbehandlung als bisher bei granulierenden Hautwunden einführen; zumal diese letzteren der Luftinfektion wohl kaum oder nur schwer zugänglich sind. Und dies Verfahren basiert auf der „Lufttrocknung". W. läfst auf die gereinigte Wunde am Tage die Zimmerluft oder in Liegehallen die freie Luft einwirken und schützt die Wunden während der Nacht nur durch Pulver-Verbände, wobei die Auswahl des Pulvers — W. hat Jodoform, Airol, Dermatol und Zinkamylumpulver benutzt — ziemlich gleichgültig ist. Da somit dem Aufquellen und Abheben der Epidermisränder entgegen gearbeitet wurde, konnte W. handtellergrofse Granulationswunden in 8—10 Tagen zur Epidermisierung bringen; auch für alte Unterschenkelgeschwüre empfiehlt W. diese „Lufttrocknungsmethode".

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Traumatische Entzündungen.

Beitrag zur Pathologie der Hautverbrennungen. Pathologisch-anatomische und experimentelle Untersuchungen, von G. Scagliosi-Palermo. (*Disch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 29—31.) Über die Ursache des Todes nach ausgedehnten Hautverbrennungen sind eine Anzahl Theorien aufgestellt worden, die aber alle nicht

die Frage vollkommen befriedigend lösen können. Verfasser hat die schon von mehreren Autoren angestellten Verbrühungsversuche an Kaninchen wieder aufgenommen und die inneren Organe einschliefslich des Nervensystems einer genauen Untersuchung unterzogen. An Herz, Lunge, Leber usw. konstatierte Verfasser wie seine Vorgänger die Erscheinungen der parenchymatösen Entzündung; in der Leber waren schon frühzeitig nekrotische Herde, wohl eine Folge von Bacillenembolien, nachweisbar. Im zentralen Nervensystem fand sich aufser einer Hyperämie schwere Schädigung der Nervenzellen, vollständige Zerstörung der Nisslschen Zellkörperchen; an den peripheren Nerven parenchymatöse Neuritis.

Verfasser kommt zu dem Schlusse, dafs die Todesursache nach Hautverbrennungen jedenfalls auf das Zusammenwirken einer Reihe von Faktoren zurückzuführen ist. Die mehr oder weniger ausgedehnte Aufhebung der Hautleistung, die Bildung von toxischen Substanzen, die Veränderungen des Blutes, die gestörte oder sogar aufgehobene, ausscheidende und giftzerstörende Wirkung der Leber und namentlich der Nieren, haben die Überladung des Organismus mit toxischen Stoffen zur Folge. Diese verursachen ihrerseits im Nervensystem, im Herzen, in Lunge, Leber und den übrigen Organen schwere Veränderungen. Alles zusammen mufs zur Erklärung des Todes herangezogen werden. *A. Loewald-Kolmar.*

Fälle von Selbstbeschädigung durch Ätzung, von Mandl. (*Militärarzt.* 1902. Nr. 11 u. 12.) Verfasser sah bei den zur Übung eingezogenen Reservisten eines ungarischen Honvedregiments fünf Leute mit Fufsgeschwüren, die sich auf den ersten Blick als Ätzungen repräsentierten; die Geschwüre zeigten sich als unter dem Niveau der Haut befindliche, bis talergrofse, harte, braun-schwarze, pergamentartig vertrocknete Hautstellen, deren Epidermisrand leicht geschwollen und gerötet erscheint. Die Heilung nahm ziemlich lange Zeit in Anspruch, die Natur des Ätzmittels liefs sich nicht feststellen. Stiefeldruck ist ausgeschlossen, da die Leute (Rumänen) Opanken trugen. *F. Hahn-Bremen.*

Hysterische Selbstbeschädigung unter dem Bilde der multiplen neurotischen Hautgangrän, von Bettmann-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 41.) Bei einer 21jährigen Hysterika, bei der seit Jahren schubweise ätiologisch nicht erklärbare Hautgeschwüre auftraten, konstatierte B. am linken Unterschenkel und linken Oberarm mehrere talergrofse, schlappe, von gerötetem Saum umgebene Blasen und oberflächliche, anscheinend aus Blasen entstandene Geschwüre mit gut granulierender Basis. Die Läsionen, deren Natur unklar war, heilten unter Behandlung mit essigsaurer Tonerde rasch ab. Alsbald jedoch zeigten sich neue Hautveränderungen, die durchaus das Bild der multiplen neurotischen Hautgangrän darboten: es traten nämlich an verschiedenen Partien Erythemherde auf, aus denen sich nach halb- bis zweitägigem Bestande oberflächliche Nekrosen entwickelten. Die angestellten Nachforschungen ergaben, dafs die Kranke sich die nekrotischen Schorfe durch Aufpinseln von Lysollösungen künstlich erzeugte. Auffallend war dabei, dafs schon durch eine ganz kurz dauernde Einwirkung verhältnismäfsig schwacher (15—20%iger) Lösungen Blasenbildung oder Gangrän hervorgerufen wurde. Dafs die Haut hysterischer Individuen auf einen minimalen Eingriff, auf einen verhältnismäfsig geringfügigen Reiz mit einer Gangränbildung antwortet, ist schon wiederholt konstatiert worden; damit aber ist bewiesen, dafs zwischen neurotischer Spontangangrän und hysterischer Selbstbeschädigung keine scharfe Grenze besteht; denn wenn bei dieser durch einen ganz unbedeutenden Reiz Gangrän erzeugt werden kann, so bedarf es auch bei jener wohl eines äufseren, wenn auch noch so geringfügigen Anstofses, um die Nekrose auszulösen. *Götz-München.*

Fieber, blätterige Abschuppung, masernartiger Ausschlag und Albuminurie als Wirkung von Copaiva, von J. C. McWalter-Dublin. (*Lancet.* 5. Dezbr. 1903.) Die Überschrift besagt den Inhalt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Jodoformdermatitis, von W. A. Bryan-Nashville. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 11. April 1903.) Bericht über zwei ganz gewöhnliche Fälle von Dermatitis in der Umgebung von Wunden, die mit Jodoform behandelt wurden. Verfasser stellt die merkwürdige Behauptung auf, über diese Art der Einwirkung des Jodoforms sei bisher wenig bekannt geworden. Zur Behandlung empfiehlt er Verbände mit Karbolsalbe oder Karbolwasserumschläge. (Vor etwa 20 Jahren wäre der Aufsatz vielleicht gerade zeitgemäfs gewesen. Ref.) *A. Loewald-Kolmar.*

Das Oleum cadinum in der Behandlung des Lichen simplex chronicus, von Carle. (*Lyon méd.* 1903. Nr. 42.) C. hat bei Lichen simplex chronicus mit der Anwendung von Kadeöl sehr schöne Erfolge erzielt. Er appliziert dasselbe in Form einer 50%igen Salbe (Ol. Cadin. und Lanolin ää), die abends fünf Minuten lang sehr kräftig eingerieben wird; die behandelten Stellen werden während der Nacht mit einer Binde bedeckt und des Morgens mittels einer Teerseife gereinigt. Von 21 so behandelten Fällen blieben drei ungebessert, acht entzogen sich nach $1^1/_2$ Monaten, als eine beträchtliche Besserung eingetreten war, vorzeitig der Behandlung, acht Kranke, bei denen die Affektion zum Teil schon viele Jahre bestand und schon mehrfach ohne jeden Erfolg behandelt worden war, wurden im Verlaufe von 1—4 Monaten vollkommen geheilt, ohne dafs noch irgendwelche andere therapeutische Mafsnahmen getroffen worden wären. Bei den letzten zwei Patienten, bei denen die Affektion aufserordentlich schwer und weit verbreitet war, führten zweimal täglich wiederholte Einreibungen der Kadeölsalbe, unterstützt durch das Verbot jedes alkoholischen Getränkes und eine strenge vegetarische Diät, im Verlaufe von drei bezw. vier Monaten zu völliger Heilung. *Göts-München.*

Neurotische Entzündungen.

Über drei Fälle von Erythema exsudativum multiforme, von R. Crawford-London. (*Lancet.* 24. Okt. 1903.) Verfasser gibt an, dem Beispiel Osler's zu folgen, indem er diese Fälle in obiger Weise diagnostiziert. Im übrigen waren bei den Patienten, Knaben im Alter von 10, 14 und 16 Jahren, die Symptome derart, dafs man nach einander einfache Purpura, Henoch'sche Purpura und Purpura rheumatica diagnostizieren könnte. (Bei den [ziemlich ausführlich mitgeteilten] Symptomen, die im Original nachgesehen werden mögen, erscheint es aber doch fraglich, ob Verfasser zu der gestellten Diagnose berechtigt war. Ref.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Erythromelalgie und „Leukomelalgie", von Enrique Vilches. (*Rev. Ibero-Americ. de Cienc. med.* Septbr. 1903.) Im Gegensatz zur Erythromelalgie von Weir-Mitchell, welche einen paralytischen Zustand darstellt, beschreibt Verfasser eine analoge vasomotorische Neurose, die er Leukomelalgie nennt und das spasmodische Pendant zur ersteren bildet. Letztere kommt häufiger bei Frauen, erstere bei Männern vor. In bezug auf die Ursachen und die Pathogenese der Affektion vermag uns der Verfasser nichts Neues zu berichten. Die Prognose ist nicht schlimm, indem die Affektion in der Mehrzahl der Fälle unter elektrischer Behandlung heilt; nur veraltete und besonders ausgesprochene Fälle widerstehen der Behandlung.

C. Müller-Genf.

Über die Heberden'schen Knötchen der Finger, von O. Rosenbach-Berlin. (*Wien. klin. Rundsch.* 1903. Nr. 46.) Verfasser, welcher bereits vor 13 Jahren diese trophische Störung an den Endphalangen der Finger unabhängig von Heberden be-

schrieben hat (*Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.* Aug.-Heft 1890), kommt in der heutigen Arbeit auf diese so sehr häufige Affektion zurück. Man findet an den beiden Köpfchen der Basis der Endphalangen der Finger eine stecknadelkopf- bis erbsengrofse Verdickung, welche meist mit heftigen Störungen, besonders im Gebiete des Ulnaris, einhergeht. Da die Affektion auch auf die Seitenbänder der Phalangen übergreift, so tritt oft auch eine Steifigkeit der Gelenke zwischen zweiter und dritter Phalanx ein. Meist werden Frauen der 30er und 40er Jahre, besonders in der Nähe des Climacterium, von der Krankheit ergriffen. Die Frauen, meist besserer Stände, verdienten fast alle das Prädikat „nervös". Die Beschäftigung scheint ohne Einfluſs auf die Entstehung der Krankheit zu sein. Es sind stets die Endphalangen mehrerer Finger ergriffen, am häufigsten des dritten und vierten Fingers, niemals des Daumens. Die anderen Phalangen, sowie die Gelenke am Carpus und Metacarpus bleiben stets verschont. Nur bei einem Falle, einem blühend aussehenden Manne von 70 Jahren, war die Affektion auch am Metatarso-Phalangealgelenk beider grofsen Zehen aufgetreten. Der Druckschmerz an der Anschwellung ist sehr heftig, und er bleibt noch lange bestehen, nachdem die Auftreibung gänzlich verschwunden zu sein scheint. Häufige Begleiterscheinungen sind Schmerzen und Parästhesien in Vorderarmen und Fingern. Dauer, Intensität und Frequenz der Anfälle sind ganz unregelmäfsig. Der einzelne Anfall dauert meist nicht unter drei Wochen. Trotz heftiger, häufig rezidivierender Anfälle kommt es nicht zu stärkeren Funktionsstörungen, nur in wenigen Fällen bildete sich eine Ankylose des Gelenks und eine eigentümliche Deviation der Endphalangen aus, ohne Beteiligung der Gelenkhöhle selbst, sondern nur durch Verdickung der Seitenbänder. Es handelt sich um eine nicht entzündliche, periostale Erkrankung verursacht durch trophische Störung gewisser Nervenbahnen ohne Mitbeteiligung des Knochens. Die Affektion unterscheidet sich durch wesentliche Merkmale von den chronisch-rheumatischen und gichtischen Prozessen, welche Verfasser genauer erörtert.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Herpes gestationis, von Fritz Callomon-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 33.) Verfasser teilt einen Fall dieser seltenen Hauterkrankung mit. Die Krankheit begann im sechsten Monat der sechsten Schwangerschaft einer 33jährigen Arbeiterfrau, deren frühere Schwangerschaften normal verlaufen waren. Das Exanthem bestand aus erythematösen und blasigen Efflorescenzen, die mit Pigmentierungen abheilten; während mehrerer Wochen traten fortgesetzt neue Schübe auf. Dabei war das Allgemeinbefinden bis auf das andauernde, namentlich im Beginn der Eruptionen heftige Jucken nicht gestört. Gegen Ende der Schwangerschaft trat eine Remission ein, zwei Tage nach der Entbindung aber eine heftige Exacerbation, in deren Verlauf auch die zuvor frei gebliebene Mundschleimhaut befallen wurde. Aufserdem wurde das Wochenbett durch ein von der Schläfengegend ausgehendes Erysipel und durch einen tuberkulösen Lungenkatarrh kompliziert. Sieben Wochen nach der Entbindung war die Patientin geheilt und blieb in der Folge frei von Hauterscheinungen. Es wurde ihr für die Zukunft Verhütung der Konzeption nahe gelegt.

A. Loewald-Kolmar.

Ein Fall von Facialisparese im Verein mit Herpes zoster, von E. H. Fraser-Hull. (*Lancet.* 2. Jan. 1904.) Die Erkrankung war, abgesehen von der Komplikation der Lähmung der dem N. facialis entsprechenden Muskeln, bemerkenswert durch die weite Ausbreitung des Herpesausschlages, der von der Kopfhaut bis auf die Schulter und den oberen Teil der Brust sich erstreckte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Fall von Landryscher Krankheit nach Gürtelrose, von Triantaphyllidès. (*Méd. orient.* 1903. Nr. 8.) Der Verfasser berichtet über einen Fall von

Landryscher Krankheit bei einer 26jährigen Kranken; zehn Tage nach einem Herpes zoster stellten sich die allgemeinen Paresen ein. Es ist nun der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, dafs vielleicht der Zoster als eine prämonitorische Teilerscheinung der Landryschen Krankheit aufzufassen ist. Letztere Affektion ist eine der seltensten nervösen Erkrankungen, welche im Laufe infektiöser Affektionen beobachtet worden ist. Möglicherweise kann man nun als Gelegenheitsursache zu dieser Nervenerkrankung neben der Variola (eine Beobachtung), den Masern (zwei Beobachtungen) und einigen anderen Infektionskrankheiten auch den Herpes zoster ansehen.

Hopf-Dresden.

Akute Exantheme.

Zur Prophylaxe der akuten Exantheme, von Jaroslav Elgart. (*Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh.* 44. Bd. 2. Heft.) Auf Grund der Erfahrungen, die er am Brünner Kinderspital gesammelt, ist E. zur Überzeugung gelangt, dafs durch methodische Desinfektion der oberen Luftwege eine wirksame Prophylaxe der akuten Exantheme erzielt werden kann; rechtzeitig angewendet, scheint die Desinfektion das Eindringen des Kontagiums überhaupt unmöglich zu machen, nach erfolgter Infektion vorgenommen, hemmt sie den Ansteckungsstoff in seiner Entwicklung so sehr, dafs nur eine lokale Entzündung spezifischer Natur, aber keine generalisierte Erkrankung mehr entsteht. In der oben genannten, räumlich sehr beschränkten Anstalt waren bis vor einiger Zeit Hausepidemien von Masern und Scharlach sehr häufig. E. hat nun bei allen Kindern während der ganzen Dauer ihres Aufenthaltes im Spital eine systematische Desinfektion der oberen Luftwege in der Weise vorgenommen, dafs er zweimal täglich je 5 Minuten lang, bei vorhandener Rötung der Nasen- oder Rachenschleimhaut je 15 Minuten lang mit 50%iger Kalkwasser- oder 3%iger Borsäure- oder Kochsalz-, oder 0,05%iger Jodum trichloratum-Lösung inhalieren liefs; daneben wurde Sorge getragen für eine ausgiebige, womöglich permanente Ventilierung der Räume, in denen Kranke mit akuten Exanthemen — zum Teil neben Kindern mit anderen Affektionen — lagen. Der Erfolg war, dafs kein Kind mehr im Hause Masern oder Scharlach acquirierte, obwohl es an der Gelegenheit zur Infektion nach wie vor nicht fehlte. Aus einigen Beobachtungen schliefst E., dafs auch eine bereits weit fortgeschrittene skarlatinöse oder morbillöse Erkrankung des Rachens und der oberen Luftwege durch energische Desinfektion coupiert werden kann; er glaubt ferner, dafs die Inhalationen auch in den späteren Stadien der akuten Exantheme günstig wirken, indem sie die weitere Invasion von Bakterien und Toxinen hintanhalten und vielleicht auch das Auftreten lokaler und regionärer Komplikationen verhindern.

Götz-München.

Zur Scharlachübertragung durch Milch, von K. Ekholm-Wasa (Finland). (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 49.) Folgende Beobachtung wird mitgeteilt zum Beweise, dafs eine Scharlachübertragung durch Milch, wenn auch nicht bewiesen, so doch immerhin als möglich anzuerkennen ist: in der 15000 Einwohner zählenden Stadt wurden nach einer gewissen Ruhezeit plötzlich mehrere Erkrankungen konstatiert, und man stellte fest, dafs in sechs Familien die erkrankten Kinder unabgekochte Milch aus einer bestimmten Meierei getrunken hatten. Von den anderen acht Familien, welche Milch aus derselben Quelle bezogen, hatten sechs keine unerwachsenen Kinder. Ferner war verdächtig, dafs die Dienstmagd im Milchgeschäft zuvor wegen Angina ärztlich behandelt worden war.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Typhus und Scharlach mit spezieller Beziehung auf den diagnostischen Wert der Blutreinkulturen, von Ludw. Hektoen-Chicago. (*Med. News.*

26. Septbr. 1903.) H. möchte mit diesem Artikel vor allem auf zwei Punkte die Aufmerksamkeit lenken: 1. die Möglichkeit, Typhus mit Scharlach zu verwechseln bei frühzeitig auftretendem Ausschlag und Angina, ebenso wie die Koincidenz von beiden Erkrankungen, und 2. den Wert der bakteriologischen Blutuntersuchung, um in solchen Fällen vorhandenen Typhus nachzuweisen. Unter Anführung von drei Fällen (von Typhus) bestätigt H. somit die in der neuesten Zeit konstatierte Tatsache, dafs die Typhusbazillen ständig im Blute gefunden werden, und zwar in den ersten Stadien, in der Höhe der Krankheit und am Beginn von Rückfällen; dieser feststehende Befund bildet im Zusammenhang mit der Agglutinationsprobe ein wertvolles differenzialdiagnostisches Mittel gegenüber dem Scharlach, wenn auch dieser zuweilen assoziiert mit Typhus vorkommen kann und in milden Fällen von Scharlach eine Abschuppung gar nicht vorhanden zu sein pflegt. *Stern-München.*

Bakteriologische Blutuntersuchung bei Scharlach intra vitam mit besonderer Berücksichtigung der Streptokokkämie, von Ludwig Hektoen-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 14. März 1903.) Die Untersuchungen des Verfassers ergaben, dafs Streptokokken bei leichten, nicht komplizierten Scharlacherkrankungen seltener, bei schweren, lange dauernden, komplizierten Fällen häufiger im Blute gefunden werden. Selbst in schweren Fällen dieser Art kann noch Heilung eintreten; anderseits wurde Streptokokkämie vermifst in tödlich endenden Fällen. Für die Theorie, dafs das Scharlachfieber eine Streptokokkenkrankheit ist, scheinen diese Untersuchungen keine Stütze zu sein. *A. Loewald Kolmar.*

Allgemeine Peritonitis als Komplikation bei Scharlach, von J. H. Mc Collom und J. B. Blake-Boston. (*Boston med. and surg. Journ.* 10. Dez. 1903.) Das Auftreten von Peritonitis bei Scarlatina wird zwar in einigen Lehrbüchern als gelegentlich beobachtet erwähnt, doch sind direkte Beobachtungen dieser Art sehr selten. Verfasser haben unter 8000 Scharlacherkrankungen nur zwei derartige Komplikationen konstatiert. Der erste Fall betraf einen fünfjährigen Knaben, bei dem sechs Wochen nach der Aufnahme die Punktion des Abdomens etwa 600 ccm Eiter entleerte, in welchem der Streptococcus pyogenes nachgewiesen wurde. Auch aus dem linken Pleuraraum mufste Eiter operativ entfernt werden, aber die Heilung scheint schliefslich eine vollständige gewesen zu sein. Bei dem zweiten Falle, einem 31jährigen Manne, wurde mittels Laparotomie ziemlich reichlich streptokokkenhaltiger Eiter entleert; Exitus letalis. Der Nachweis von Streptokokken am Sekrete von Nase und Rachen dürfte stets ein bedeutsamer prognostischer Fingerzeig sein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Serumbehandlung bei Scharlach, von Paul Moser. (*Wien. med. Wochenschrift.* 1903. Nr. 44.) Verfasser berichtet eingehend über die von ihm geübte Serumtherapie bei Scharlach. Es wird einmal eine Injektion von 200,0, am besten mit dem abgebildeten Apparat von v. Pirquet, gemacht. Günstig beeinflufst werden das Exanthem, viel mehr aber noch das Allgemeinbefinden; die Kranken verlieren die Benommenheit, die Apathie, nehmen Nahrung zu sich. Vorhandenes Erbrechen, Durchfälle, Nasen-Rachenaffektionen bessern sich in merkbarster Weise. Komplikationen und Nachkrankheiten sind bei rechtzeitiger Injektion selten. Serumexantheme und andere Nebenwirkungen sind häufig, schwinden aber, ohne Spuren zu hinterlassen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Urotropin als Prophylacticum gegen Scharlachnephritis. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 40.) In 102 Fällen von Scharlach verabreichte Verfasser bei Beginn der Erkrankung und in der dritten Woche an je drei aufeinander folgenden Tagen Urotropin (dreimal täglich 0,05—0,5, je nach dem Alter). In keinem Falle trat Nephritis auf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Masern, von REMLINGER. (*Méd. orient.* 1903. Nr. 7.) Die Masern sind zwar eine gutartige Krankheit, deren Mortalität selten 3% übersteigt, aber man soll doch nicht vergessen, daſs im Jahre viele Todesfälle auf sie zurückzuführen sind. So sterben in Paris jährlich 827 Kranke durchschnittlich an Masern, für Frankreich macht das eine Zahl von jährlich 7—5000 Todesfällen aus. Bis zu sechs Monaten sind die Kinder immun gegen das Leiden (JÜRGENSEN), von 6—12 Monaten ist die Prognose der Masern sehr, fast absolut ungünstig, bis zu drei Jahren immerhin noch ungünstig; dann wird die Prognose günstiger, um bei Erwachsenen wieder ungünstiger zu werden. Im Hospital ist die Prognose stets schlechter als in der Privatpraxis. Der Aufenthalt im Krankenhaus prädisponiert so viele Masernkinder zu Bronchopneumonien. Ansteckend sind die Masern bis zum Ablauf der Abschuppung. Die Übertragung wird durch Mittelspersonen, ferner durch Bettwäsche, Kleidungsstücke, ja selbst Briefe bewerkstelligt. Aus diesem Grunde redet der Verfasser einer strengen Absonderung der Masernkranken das Wort, und zwar während einer Dauer von 20 Tagen nach Ausbruch der Symptome. Ebenso sind auch die abwartenden Personen zu isolieren; Wäsche und Kleider sind zu desinfizieren. *Hopf-Dresden.*

Hyperpyrexie bei Morbillen, von E. BARNES. (*Brit. med. Journ.* 5. Dez. 1903.) Der Verfasser behandelte während einer Masernepidemie 50 Fälle, von denen vier starben. Bei diesen trat der Tod unter Hyperpyrexie ein. Bei allen fanden sich Komplikationen von seiten der Lungen. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Bedeutung der KOPLIKschen Flecke als Frühsymptom der Masern, von KARL MANASSE-Karlsruhe. (*Heilkunde.* 1903. Nr. 10.) Den Beobachtungen M.s zufolge lassen sich die KOPLIKschen Flecke streng von dem im Beginne der Masernerkrankung auf der Schleimhaut des Mundes und Gaumens auftretenden Exanthem unterscheiden; sie sind in der weitaus gröſsten Mehrzahl der Fälle sichtbar und stellen somit ein sehr wertvolles Frühsymptom zur Diagnostizierung der Masern dar. *Götz-München.*

Das KOPLIKsche Frühsymptom der Masern, von FRITZ SIPPEL-Stuttgart. (*Med. Corresp.-Bl. d. württemb. ärztl. Landesvereins.* Bd. 73. Nr. 2.) S. hält auf Grund eigener Erfahrungen die KOPLIKschen Flecke für ein nahezu ständiges Frühsymptom der Masern von absolut verläſslichem, pathognomonischem Wert. Sie ermöglichen es, die Masern schon in der Inkubationszeit, noch vor dem Auftreten von Conjunctivitis, Coryza und Exanthem am Gaumen zu diagnostizieren und demzufolge den Kranken zu einer Zeit zu isolieren, in der sich die Ausbreitung der Infektion vielleicht noch verhüten läſst; sie gestatten ferner eine sichere Unterscheidung der Morbillen von anderen, auch von arzneilichen Exanthemen. *Götz-München.*

Coma bei Masern, von N. PITT. (*Brit. med. Journ.* 21. Novbr. 1903.) Ein 19jähriger kräftiger junger Mann erkrankte am 10. März 1899 mit hohem Fieber. Am nächsten Tage brach ein Masernausschlag aus. Bis zum 15. März befand sich der Patient relativ gut, als er plötzlich unruhig zu werden und stark zu delirieren anfing. Am 17. März stellte sich Kollaps und Coma ein, gleichzeitig Incontinentia urinae und Obstipation. Der Ausschlag war voll entwickelt; Puls 110; Temperatur 39,5°. Am folgenden Tage fiel das Fieber; der Puls betrug 68, war unregelmäſsig und klein. Am 19. März Schüttelfrost und Kollaps und Wiederanstieg der Temperatur. Vier Tage dauerte das Coma, bis das Bewuſstsein wieder vollständig zurückkehrte. Der Patient genas, litt jedoch für Monate an Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Gedächtnisschwäche. Coma bei Masern ist ein sehr seltenes Ereignis und prognostisch sehr übles Symptom. Der Verfasser führt als Ursachen an: 1. Toxämie; 2. Meningitis, namentlich eitrige, vom Ohr ausgehend, oder tuberkulöse; 3. Thrombosis, die nicht selten Hemiplegie nach sich zieht; 4. disseminierte Encephalitis; 5. Poliomyelitis anterior

oder disseminierte Myelitis, welche im Beginn oft mit Delirium und Coma sich vergesellschaftet. Die toxischen Formen des Coma endigen fast immer letal.

C. Berliner-Aachen.

Urämie infolge von akuter Nephritis nach Masern, von Ricci. (*Rivista med.* 1903. Nr. 6.) Das Prodromalstadium hatte bei dem zehnjährigen Kinde ca. acht Tage gedauert; sodann trat ein leichter Masernausschlag auf, der nach 48 Stunden wieder verschwand. Am zwölften Krankheitstage zeigten sich Ödeme und Ascites, und nach zwei weiteren Tagen traten urämische Erscheinungen hinzu in Form von Konvulsionen, Somnolenz, Erbrechen. Die Behandlung bestand hauptsächlich in Diaphorese mittels Dampfbädern. Heilung. *C. Müller-Genf.*

Die Notwendigkeit einer Vermehrung der Gelegenheiten zur Hospitalsbehandlung der Masern, von J. H. McCollom-Boston. (*Boston med. and surg. Journ.* 8. Jan. 1903. Vol. CXLVIII. Nr. 2.) Verfasser zeigt durch statistische Aufstellungen, dafs eine derartige Vermehrung sehr zu wünschen ist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Varioloide Varicellen auf Trinidad, von Dickson und Lassalle. (*Brit. med. Journ.* 26. Septbr. 1903.) Die Verfasser haben ca. 4000 Fälle dieser Krankheit beobachtet. Nach einem Inkubationsstadium von 10—15 Tagen beginnt das Invasionsstadium mit Fieber, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, zuweilen auch Erbrechen. Diese Symptome, welche, je nach der Schwere des Falles, in ihrer Intensität variieren, dauern drei Tage. Am vierten Tage bricht ein papulöser Ausschlag aus, der successive ein Vesikulations-, Suppurations-, Desiccations- und Desquamationsstadium durchmacht. Gleich nach dem Auftreten des Exanthems, welches sich rasch über den ganzen Körper verbreitet, jedoch am stärksten die Extremitäten, das Gesicht und den Rücken befällt, sinkt das Fieber. Nur selten kommt es zu einem nochmaligen, sekundären Anstieg. Angina besteht ziemlich häufig. Im allgemeinen nimmt die Krankheit einen gutartigen Verlauf und ist durchschnittlich nach ca. 16 Tagen völlig verschwunden. Was das Alter der Patienten anbetrifft, so befanden sich unter den 4000 Fällen 25 % im Alter von 10—20, 35 % im Alter von 20—30 und 20 % im Alter von 30—40 Jahren, nur 5 % fallen auf die ersten Lebensjahre.

Die Vaccination hat nach den Beobachtungen der Verfasser eher einen ungünstigen als günstigen Einfluſs auf die Schwere der Erkrankung.

C. Berliner-Aachen.

Varioloide Varicellen, von R. W. Marsden. (*Brit. med. Journ.* 17. Oktbr. 1903.) Der Verfasser findet die von Dickson und Lassalle beliebte obige Bezeichnung als sehr unglücklich gewählt, weil es sich, der Beschreibung nach zu urteilen, nur um Varicellen mit relativ schwerem Charakter und einigen atypischen Merkmalen handelt, die aber mit echter Variola nichts zu tun haben. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Geschichte der Pocken, von M. Urban. (*Prager med. Wochenschr.* 1903. Nr. 40.) Aus einem gefundenen Büchlein von Christoph Gottlieb von Murr (Nürnberg 1776) zitiert Verfasser die Äuſserung eines Professor Nagel, der im Talmud (babylonische Gemara) genaue Angaben von Raf Saphra fand, welche sich auf Kinderpocken beziehen. Dieser Raf Saphra lebte im dritten Jahrhundert nach Christi.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Einige Bemerkungen zu der Geschichte der Rezidive bei den Pocken, von W. Ebstein-Göttingen. (*Virchows Arch.* 1903. Bd. 173.) Es wird folgende, jedenfalls nicht allgemein bekannte Beobachtung eines holländischen Arztes Diemerbroeck († 1674) in diesen Bemerkungen besprochen: es erkrankten vier Kinder derselben Familie in der Reihenfolge ihres Alters nacheinander, in Zwischenräumen von 14 bis 16 Tagen, mit mehr oder minder heftigen Symptomen. Sie genasen alle vier, er-

krankten aber alle vier wiederum in der gleichen Reihenfolge nach einer Gesundheitsperiode von 3—4 Wochen. An der Korrektheit des Berichtes ist sicherlich gar nicht zu zweifeln. Es ereignen sich bekanntlich auch sonst, früher oder später eintretend, Wiederholungen der Pockenerkrankung, „Früh- und Spätrezidive" nach E. Über diese sowie über manches andere bei Variola ist es, wie Verfasser betont, zurzeit nicht möglich, eine befriedigende Erklärung zu geben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Epidemiologische Studien über Pocken, von F. Sanfelice-Cagliari und V. E. Malato. (*Hyg. Rundsch.* 1. Jan. 1903. XIII. Jahrg. Nr. 1.) In der Provinz Cagliari herrschten in dem Zeitraum von 1870—1891 drei Pockenepidemien. Es folgte darauf eine Pause, welche Verfasser den energischer durchgeführten Impfungen zuschreiben. In den Jahren 1897—1899 traten dann die Pocken mit gröfserer Virulenz und Häufigkeit hervor, nachweislich durch Einschleppung aus Tunis. Aus der ausführlichen Beschreibung des Auftretens der Krankheit in den verschiedenen Gemeinden sei nur hervorgehoben, dafs bei einer dreiteiligen Unterscheidung der Altersklassen, vom 1. bis 15. Lebensjahr, vom 15. bis 60. und jenseits des 60. Lebensjahres, die erste die gröfste Disposition zur Erkrankung und Sterblichkeit aufweist. Bei den nicht geimpften betrug die Mortalität in der ersten Altersklasse 3,47 : 1, bei erfolgreich geimpften 16,59 : 1; bei der folgenden Klasse waren die entsprechenden Zahlen 5,75 : 1 und 20,16 : 1. Aufserdem beweist dieser Bericht den Wert einer prompten Anmeldung und Isolierung der Patienten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Variola. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 51.) Kurze Darstellung der Therapie der Variola. Neben bekannten Dingen erwähnt der Verfasser, dafs die in letzter Zeit empfohlene Rotlichtbehandlung durchaus nichts Neues ist: der blatternkranke Sohn König Eduards II. von England (1307—1327) wurde schon — und zwar anscheinend mit gutem Erfolg — der Rotlichtbehandlung unterworfen; und die Chinesen sind seit Jahrhunderten gewöhnt, vom Beginn des Eruptionsstadiums an alle auftretenden Blatterneffloreszenzen mit roter Farbe zu bedecken. Zur lokalen Behandlung des Exanthems im Gesicht empfiehlt der Verfasser, dreimal täglich, je fünf Minuten lang, eine 1‰ige alkoholische Sublimatlösung in zerstäubter Form zu applizieren, oder das Gesicht zweimal täglich, je eine halbe Stunde, mit einem feuchten Sublimatverband (Sublimatlösung 1 : 5000) zu bedecken. Über die Wirkung der von du Castel empfohlenen Äther-Opiumbehandlung — zwei- bis dreimal täglich eine subcutane Injektion von 1 g Äther und per os mehrmals täglich 0,15—0,2 Opium und 20 Tropfen Ferrum sesquichloratum — konnte der Verfasser noch kein bestimmtes Urteil gewinnen. *Göts-München.*

Über Immunität nach Bestehung der Blattern, von M. Bernstein-Bosnisch-Krupa. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 36.) B. hat im Jahre 1902 in einem Impfbezirk 64 Personen mit sichtbaren Blatternarben im Alter von 14—40 Jahren wiedergeimpft, und bei allen diesen Revaccinierten bildeten sich vier Pusteln, die denselben Verlauf zeigten wie die bei den Erstgeimpften. Von anderen 30 Personen, die ebenfalls sichtbare Narbe im Gesicht und am Körper aufwiesen und die er impfte, zeigten 19 ebenfalls deutliche Impfpusteln. Er schliefst daraus, dafs die Bestehung der Blattern nur eine unvollständige, etwa 15 Jahre dauernde Immunität bietet. B. will die früher Geblatterten nach dieser Immunitätsdauer von 15 Jahren ebenso impfen wie die Erstgeimpften nach einer Zeitdauer von sieben Jahren. *Putsler-Danzig.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 38. No. 7. 1. April 1904.

Über den Chemismus der Elastinfärbung und des Elastins sowie das spezifische Prinzip der Elastinfarbstoffe.

Von

Dr. med. A. Pappenheim.

An anderer Stelle hatte ich früher ausgeführt, dafs mit den üblichen substantiven Färbungen mittels der banalen basischen und (sulfo-) sauren Farbstoffe neue Ergebnisse für die mikroskopische Anatomie fixierter Präparate kaum mehr zu erwarten sein dürften; höchstens kann durch Variation des chemischen Charakters der Farbstoffe und Abstufung und Kombination der anzuwendenden Fixative die Mikrochemie der bekannten morphologischen Individualitäten noch weiter ausgebaut und gefördert werden. In morphologisch-histologischer Beziehung aber haben diese Farbstoffe so ziemlich alles geleistet, was sie leisten konnten.

Die moderne Mikrotechnik und die Farbchemie der Zukunft gehört dem theoretischen Studium und dem praktischen Ausbau der adjektiven Beizenfärbungen, sowie der Erforschung der histologischen Potenzen gewisser, nicht in die Gruppe der einfach sauren oder basischen Farbkörper gehöriger Tinktionsmittel.

Hierher gehören primo loco die neutralen Farbstoffe, von denen es noch absolut nicht bekannt ist, in welcher Weise sie sich mit den (neutrophilen?) Seitenketten der geweblichen Substrate verankern. Wahrscheinlich verankern sie sich am Gewebe auch nur mit gewissen freien basischen oder sauren Haptophoren (neutrales eosinsaures Methylenblau hat zwei freie Amidogruppen aus zwei Molekülen Methylenblau, während zwei Amidogruppen, aus jedem Molekül eine, mit den zwei sauren Haptophoren eines Moleküls Eosin verbunden sind und dessen Acidität paralysieren — diacides Methylenblaudieosinat dagegen hat drei freie Hydroxylgruppen aus drei Molekülen Eosinsäure, die anderen drei Hydroxyle sind mit den drei Amidogruppen des einen Moleküls Methylenblau verbunden). Wie die meisten Substrate auch nur mehr oder minder basophil oder oxyphil sind, je nach der Prävalenz ihrer sauren oder basischen Gruppen, bei singulärer Färbung

aber sowohl mit basischen wie mit sauren Farben gefärbt werden können, so ist es noch sehr die Frage, ob es eine absolute Neutrophilie gibt, d. h. Substrate, die spezifisch nur mit Neutralfarbstoffen (EHRLICH) färbbar sind. Die ε-Granulation der Leukocyten jedenfalls kann u. U. auch sowohl mit sauren wie mit basischen Farbstoffen tingiert werden. Auch die Entwicklung neutraler Farbstoffe im Gewebe (M. HEIDENHEIM, BENDA), das sog. Avivieren, bei dem ein im Gewebe gebundener saurer Farbstoff als Beize für einen nachfolgenden basischen Farbstoff wirkt, spricht in diesem Sinne.

Von den sog. indifferenten Mono-Chinon- und Chinonimidfarbstoffen ist es bekannt (L. MICHAELIS, HERXHEIMER), dafs sie infolge Mangels an auxochromen Haptophoren eigentliche histologische Substrate überhaupt nicht färben, sondern sich nur in Fett physikalisch lösen (Buttergelb, Sudan).

Zu untersuchen wären aber weiter noch die in sich neutralen amphoteren Farbstoffe, die sowohl basischen wie sauren Charakter in sich vereinen, sei es, dafs basische Haptophore zu einem sauren Chromophor hinzutreten, sei es, dafs basische und saure Haptophore nebeneinander am selben Molekül vorhanden sind. Hierher gehören die Nitroaniline, die Amidoalizarine, die Amidokarbonsäuren (Chromgrün), das Methylenazur (L. MICHAELIS, GIEMSA) und Toluidinazur (PAPPENHEIM), das Methylenviolett und Muscarin, Gallocyanin, Prune, Methylenrot, bleu fluorescent, Thionol, Eurhodol, Safranol u. a.

Schliefslich verdienen ein eingehendes Interesse noch die sog. substantiven Baumwollfarben, welche die Eigentümlichkeit haben, ohne besondere Beize an der von jeglichen chromophilen Seitenketten freien Baumwolle zu haften, indem sie sich, ebenso wie Tannin, physikalisch auf ihr imprägnieren. Hierdurch wirken sie auch, ganz ebenso wie das saure Tannin, als Beize für nachfolgende basische Farbstoffe. Zu dieser Gruppe gehören besonders saure Anilinfarben, so die Benzindinsulfosäuren, aber auch basische Farbstoffe, wie die Thiazin- und Primulinfarben.

Von natürlichen Farbstoffen gehört hierher u. a. das Orcein, das färbende Prinzip des Lacmus und des Orseille (ISRAEL, TAENZER-UNNA). Ein erfolgreiches Studium dieser komplizierten Verhältnisse kann natürlich nur gewährleistet sein, wenn die Grundtatsachen, welche die Theorie der einfachen Färbungen mit den gewöhnlichen Polyaminen und Polysulfosäuren eruiert hat, jederzeit gegenwärtig sind.

Wir müssen uns die Färbung und Entfärbung überhaupt vorstellen als eine chemische Molekülverbindung nach Art gelöster resp. sich lösender Jonen derart, dafs das dissoziierte Farbstoffsalz sich mit seinem aktiven Jon in dem zu färbenden Substrat oder dem entfärbenden Extrahens und lösenden Menstruum löst, je nach der gröfseren oder kleineren Lösungsaffinität. Hierbei kommt es lediglich auf den chemischen Charakter und die chemische Konstitution des Farbstoffes an; dagegen hängt die Echtheit

aber gröfstenteils von der Nuance des Farbstoffes, d. h. von der Gröfse des Moleküls, welche die mehr oder minder geringe Löslichkeit des Farbstoffes bedingt, also zum Teil von der Natur des Chromogens und der Zahl der haptophoren Gruppen, zum Teil allerdings auch von deren Art (Sulfogruppe, Hydroxylgruppe) ab.

Schliefslich mufs man auch bei diesen neueren Bestrebungen mit der Theorie der Beizenfärbungen vertraut sein, mit denen man hier auf Schritt und Tritt latenterweise zu rechnen hat.

Wir wissen, dafs Beizung vor allem gröfsere Echtheit gewährleistet, besonders die nachfolgende Beizung, welche ja lediglich eine unechte, schwach haftende substantive Färbung fixiert.

Nun beruht die Unechtheit einer Färbung vor allem auf dem Mifsverhältnis zwischen der Chromophilie des Substrats und der Natur des Farbstoffes. Ein Farbstoff färbt unecht, wenn sein chemischer Charakter der gleiche (also inäquate) ist, wie der des Substrats, oder wenn er zwar adäquat, d. h. elektrochemisch konträr ist, aber nicht genug, so dafs er der elektrochemischen Natur des Substrats doch noch allzu nahe steht. Hierher gehören Farbstoffe von schwach ausgesprochenem chemischem Charakter mit zu wenig Haptophoren (auch die indifferenten, fettfärbenden, wasserlöslichen Monamine und Monophenole), oder mit Haptophoren von einander entgegengesetztem Charakter, oder solche bei denen schliefslich Disharmonie zwischen Chromophor und Haptophoren besteht.

Anderseits dient die voraufgehende Beizung dazu, gewissen Substraten die vorhandene Chromophilie für einen bestimmten Farbstoff bestimmten Charakters genügend zu erhöhen, also ein basophiles Substrat für einen sauren Farbstoff umzustimmen, oder aber um ihm überhaupt, wenn sie ihm fehlt, Chromophilie für Farbstoffe zu verleihen, dadurch, dafs ihm chromophile Haptophoren aufgepfropft werden, wie bei der Baumwollfärbung mittels Tanninfarben.

In dieser Beziehung wissen wir, dafs ein von Natur oxyphiles Substrat ja auch natürliche Affinität zu sauren Beizen hat, und dementsprechend gleich gut substantiv mit sauren Farbstoffen, adjektiv mit basischen Farbstoffen gefärbt werden kann.

Anderseits können Substrate ohne besonders ausgesprochene native Chromophilie auf diese Weise an Erfolg gleich gut adjektiv mit Hilfe basischer (Metalloxyde), wie saurer Fixative (Gerbsäure, Jod) gefärbt werden.

Für den Fall, dafs native Affinität vorhanden ist, unterscheidet sich die adjektive Färbung im Effekt von der substantiven dadurch, dafs sie erstens bedeutend echter, zweitens spezifischer ist. Die färberische Potenz der schwerlöslichen und meist dunklen Lackfarbe ist viel elektiver abgestimmt und eingeengt; der nur mehr wenig diffusible Farbkörper färbt

nicht noch alles andere mögliche mit, wie der substantive Farbstoff, der zu allen möglichen sonstigen Substraten gröfsere oder geringere Affinität hat, sondern er färbt meist nur das Substrat, für das er abgestimmt ist, alles andere aber höchst unecht oder gar nicht. Ganz besonders ist dieses der Fall beim simultanen Lack verfahren (WEIGERT, UNNA), vielmehr jedenfalls wie bei der successiven Lackentwicklung im Gewebe nach vorausgehender Beizung.

Die wichtigsten Ergebnisse für die mikroskopische Anatomie sind von der Methode der prodromalen Beizenfärbung natürlich dort zu erwarten, wo sie einem Substrat spezifische Färbbarkeit und mithin Sichtbarkeit verbürgt, dem die nötige natürliche Affinität für die üblichen, bei substantiver Färbung zur Verwendung gelangenden Farbstoffe abgeht.

So z. B. wäre ein brauchbares Verfahren zur Darstellung der Nervenendigungen in der Haut und den Epithelien sehr erwünscht.

Zu den Substraten, die den gewöhnlichen Farbstoffen nicht oder doch nur in ungenügendem Mafse zugänglich waren, gehört u. a. auch das Elastin, die Substanz der elastischen Faserung.

Färberisch hat man die elastischen Fasern zuerst wohl substantiv zur Anschauung bringen können mit saurem Farbstoff und zwar mit den Pikrokarminfärbungen, wobei sie im Gegensatz zu dem mit Karmin rotgefärbten Kollagen des fibrillären Bindegewebes die gelbe Pikrinsäure (Trinitrophenol) aufnehmen. Indes handelt es sich hierbei lediglich um ein überhaupt Sichtbarmachen dieser Faserung, keineswegs um eine besonders spezifische elektive Färbung, die dieselbe allein bezw. schärfstens abgehoben vom anderen Gewebe, oder gar kräftigst gefärbt zur Darstellung brächte.

Ganz ähnlich verhält sich das Elastin gegenüber Pikronigrosin, Pikrin-Säurefuchsin der VAN GIESON-Färbung, sowie dem EHRLICHschen Glyceringemisch (Indulin, Eosin, Aurantia), woraus man jedenfalls den Schlufs ziehen darf, dafs die Struktur des xantophilen Elastins engporiger ist als die des cyanophilen Kollagens.

Von einer substantiven Färbung mit einem basischen Farbstoff, und zwar Viktoriablau, hat LUSTGARTEN berichtet; indes dürfte es sich hierbei wahrscheinlich um larvierte Beizenfärbung gehandelt haben infolge vorheriger Fixation des Gewebes mit Platinchlorid-Osmiumsäure (HERRMANN); hier wird also eine basische adjektive Färbung den gleichen Erfolg gehabt haben wie eine substantive saure Färbung. Immerhin ist zu bemerken, dafs Viktoriablau ein basischer Farbstoff ist, der infolge seiner Phenylgruppen schon sehr schwach basische, fast saure Eigenschaften aufweist, wie denn ja auch die angewandte Platin-Osmiumoxydbeize nicht als

saure, sondern als basische Beize fungiert. Übrigens kann man mit Viktoriablau Elastinfärbung auch erzielen mittels nachträglicher Jodbeize (GRAM); vermutlich gibt auch das saure Wasserblau (Viktoriablausulfosäure) mit Tannin eine Elastinfärbung. Zu erwähnen ist, dafs im Gegensatz zu VAN GIESON und EHRLICHS Glyceringemisch das BIONDI-HEIDENHAINsche Triacid (Säurefuchsin-Orange) das Elastin nicht hervortreten läfst, so dafs also mehr Affinität zu den gelben Nitrophenolen vorhanden sein dürfte wie zu den gelben Sulfosäuren. Ob Nitranilin Elastin substantiv anfärbt, ist noch nicht untersucht.

Die sonst publizierten, einigermafsen brauchbaren, älteren Elastinfärbungsmethoden sind durchweg adjektiver Natur[1]; sie zeichnen sich vor dem substantiven Verfahren dadurch aus, dafs sie die Faserung durch regressiv nachträgliche Entfärbung des unerwünschten Nicht-Elastins distinkter und präziser hervortreten lassen, also das Elastin nicht nur sichtbar machen neben anderen ebenso gefärbten Substraten, sondern es allein und kräftig gefärbt zur Darstellung bringen. Indessen leiden sie an dem Übelstand, dafs sie insofern unzuverlässig sind, als nicht alles vorhandene Elastin, besonders nicht in den feinsten Fäserchen, gefärbt erscheint resp. gefärbt bleibt, wahrscheinlich weil der gebildete Lack resp. die angewendete Beize noch nicht die genügende notwendige Affinität zum Elastin hat, um so echte Färbung zu liefern, dafs diese dem dissoziierenden Entfärbungsmittel widersteht.

Die hierher gehörigen Färbungen zerfallen in zwei Gruppen.

Die ersten, zu der die Methoden HERXHEIMER I, BENDA-M. HEIDENHAIN, ferner MALLORY, WOLTERS gehören, benutzen einen sauren Beizenfarbstoff, das Hämatoxylin, mit Metalloxydbeize (Eisenchlorid usw.), resp. die letzten beiden mit Phosphorwolframsäure oder Vanadium mit nachfolgender Tannisierung, also mit saurer Beize.

Zur zweiten Gruppe gehören die Verfahren HERXHEIMER II, KOEPPE und BENEKE, die ein modifiziertes WEIGERT-GRAM-Verfahren, also basische Farbstoffe mit saurer (Jod-)Beize in Anwendung bringen.

Wirklich wissenschaftlich brauchbar, absolut zuverlässig und gleichzeitig völlig elektiv sind einzig und allein die Verfahren von TAENZER-UNNA und WEIGERT. Hier treten die elastischen Fasern, und zwar lediglich nur diese, dafür aber überall bis in die feinsten Äste und mit Farbstoff völlig gesättigt, in die Erscheinung.

---

[1] Die substantiven Methoden der basischen Farbstoffe: SCHÜTZ, MANCHOT, MIBELLI, MARTINOTTI, UNNAS Dahliamethode beruhen ebenfalls auf Osmiumimprägnation und Bichromatfixierung.

Wir müssen demgemäfs also annehmen, dafs diese beiden Farbstoffe die geeignete und richtig abgestufte Affinität für die Chromophilie des elastischen Gewebes besitzen, welche substantiv mit basischen Farbstoffen gar nicht, mit sauren Nitrophenolen nur schwach und unecht, mit Eisenhämatoxylinat, Hämatoxylin-Phosphorwolframsäure, Vanadiumhämatoxylinattannat noch nicht genügend stark und fest tingiert sind, ebensowenig wie mit Osmium-Viktoriablau und Jod-Gentiana. Wird also der Chemismus der UNNA und WEIGERTschen Farbstoffe aufgeklärt, so ist auch ein Fingerzeig gegeben für die chemische Konstitution der elastischen Substanz.

Am sichersten führt natürlich die chemische Analyse zum Ziel und liefert zugleich die eingehendsten Resultate. Indessen glaube ich mich der Erkenntnis der Qualität dieser Substanzen auch auf folgendem Wege ein wenig angenähert zu haben.

Unsere Kenntnisse des Orceins.

Die UNNAsche Färbung benutzt das Orcein in salzsaurer Lösung.

Wir wissen, dafs das Orcein, das färbende Prinzip des Orseille, ein saurer plasmophiler Farbstoff ist, und zwar ein Hydroxyl-(Phenol-)Farbstoff, ähnlich wie Aurin und Hämatoxylin.

Er unterscheidet sich aber von diesen, dafs er mit Metallsalzen, basischen Beizen keine echten Lacke liefert und auch keine lackähnlichen unechten Lacke mit den sauren Beizen Jod, Tannin und Phosphorwolframsäure. Dagegen gibt das Orcein mit basischen Farbstoffen neutrale, schwer lösliche Salze.

Ebenso wie Hämatoxylin, Myrtillin, Hollunderbeer- und Rotkohlsaft wird es bei Säurezusatz bräunlichrot, bei Alkalizusatz blauviolett bis grünlichgrau.

Es besitzt, wie alle sauren Farbstoffe, wenig kernfärbende Eigenschaften, soll nach O. ISRAEL aber doch basische wie saure Qualitäten in sich vereinen, insofern als es in essigsaurer Flotte Kerne und Aktinomycesmycelien blau, Cytoplasma und Aktinomyceskolben, sowie Kolloid bräunlichrot färben soll.

Was den Säurezusatz anbetrifft, so wissen wir, dafs Färbungen saurer Farbstoffe (Farbsalze wie Farbsäuren) dadurch verstärkt werden, besonders durch die Dissoziation der Salze saurer Farbstoffe.

Beim Orcein handelt es sich allerdings um eine freie Säure; die saure Flotte wirkt hier wesentlich entfärbend und hindert die Färbung an basophilen Substraten, während sie dieselbe an den adäquaten oxyphilen (basisch reagierenden) unterstützt. Um so auffallender ist es, dafs sich trotz der sauren Lösung (oder vielleicht eben gerade wegen derselben?) doch basophile (saure) Substrate wie Kerne (Nukleinsäure) und Aktino-

mycesprotein nicht nur mit Orcein überhaupt färben, sondern sogar metachromatisch, d. h. blau, gerade als ob sie basisch reagierten und mit dem freien Orcein ein Farbsalz bildeten. Umgekehrt werden weder in neutraler, noch in der sauren Lösung die adäquaten (oxyphilen) basischen Substrate blau, sondern nehmen die Farbsäure in roter Nuance als solche auf, also ohne dafs chemische Salzbildung eintritt.

Färbt man umgekehrt mit neutralem orceinsaurem Ammoniak oder Kaliorceinat, d. h. also mit Orcein in alkalischer blauer Lösung, so färbt sich das Wenige, was sich färbt, blau, gleichsam als wenn das Salz als solches physikalisch gebunden würde (in der Haut das Stratum lucidum).

Nun ist in der Tat Orcein ein saurer substantiver Baumwollfarbstoff, die ja bekanntlich, da der Baumwolle chromaffine Haptophoren abgehen, physikalisch durch adsorptive Juxtaposition der Moleküle in der Faser gelöst werden. Während die sonstigen sauren Baumwollfarbstoffe, die neutralisierten Salze der Benzidinazosulfosäuren (Kongorot, Benzopurpurin, Azoblau, Benzoazurin, St. Denisrot, Chrysamin), dabei in neutralem oder alkalisiertem Salz- resp. Seifenbad zur Anwendung kommen, kann man die freie saure Orceinsäure zur Baumwollfärbung in basischem, neutralem oder saurem Bade verwenden.

Zur Elastinfärbung vollends ist allein die saure, und zwar nicht die essigsaure (Israel), sondern salzsaure (Taenzer) Flotte obligatorisch. Die Erklärung dieser Färbungsmanipulation ist nicht so ganz einfach und bis heute noch nicht genügend aufgeklärt.

Unna neigt der Ansicht zu, dafs das sog. neutrale Orcein, d. h. Orceinsäure ohne Zusatz, diffus die gesamten oxyphilen plasmatischen Substanzen färbt, dafs diese Färbung aber wenig säureresistent sei und dafs nur das Elastin so acidophil und säureecht gefärbt wird, dafs es dem salzsauren Extrahens widersteht, ja sogar aus dem salzsauren Menstruum den Farbstoff an sich reifst, während das sonstige oxyphile Gewebe entfärbt bleibt, ähnlich wie basophile Mastzellkörner in saurer Lösung basischer Farbstoffe.

Nimmt man hinzu, dafs der Orceinsäure als saurem Baumwollfarbstoff eine ganz bestimmte Konstitution zukommen mufs, da ihr chemischer Charakter besonders gut auf das Elastin abgestimmt erscheint, welches durch sonstige saure Farben und selbst Baumwollfarben auch in saurer Lösung nicht ohne weiteres gleich gut tingibel ist, so hat die Erklärung als eine erste vorläufige Klarstellung manches für sich. Bei näherem Eingehen erweist sie sich aber doch nicht als ausreichend. Die Salzsäure kann nicht nur als ein Differenzierungsmittel zur isolierten Hervorhebung der gefärbten Faser[2] dienen, sondern mufs mit dem Zustandekommen der

[2] Vor allem sind zur Entfärbung oxyphiler Substrate resp. saurer Farbstoffe nicht Säuren, sondern Alkalien nötig.

Elastinfärbung selbst in engstem Zusammenhang stehen. Einmal nämlich färbt neutrales Orcein (Orceinsäure ohne Zusatz) in sichtlicher Weise das Elastin ebensowenig an, wie Orcein im Salzbade oder orceinsaures Natron in alkalischer Flotte, was doch der Fall sein müfste, wenn die Säurewirkung lediglich blofs durch Entfärbung des Übrigen ein isoliertes Gefärbtbleiben des Elastins verursachen würde. Andererseits erscheint die Farbnuance des gefärbten Elastins in saurem, d. h. angesäuertem, Orcein abweichend von der des in der freien (neutralen) Orceinsäure gefärbten Kollagens, nämlich vielmehr nach blauviolett hin, also tief schwärzlichbraun, während Kollagen mahagonirot, d. h. gelbbräunlich erscheint. UNNA meint nun, dafs die HCl die Elastinfaser lediglich aufschliefse, sie zur Aufnahme des Farbstoffes nach Art einer uneigentlichen Beize sensibilisiere, resp. prädisponiere durch eine Art von Koagulation, ähnlich wie die Osmierung dies besorge. Auch dieses trifft nicht völlig zu; obwohl alle die angeführten Erklärungsgründe auch auf tatsächlicher Unterlage beruhen, erschöpfen sie doch nicht das Wesen der TAENZER-UNNAschen Elastinfärbung; gewifs entfärbt die Salzsäure das Kollagen resp. hindert seine Mitfärbung, gewifs beeinflufst die HCl den Chemismus des Elastins — aber sie hat schliefslich doch noch eine ganz andere, wesentlichere Rolle. Färbt man in neutraler Orceinsäure ohne Zusatz, und setzt dann unter dem Mikroskop HCl hinzu, so kann man mit der Zeit direkt verfolgen, wie die Elastinfaser sich dunkelviolettbraun färbt. Durch den Zusatz der HCl kommt erst die Färbung und die definitive Nuance zustande. Es scheint, als ob die HCl in die Färbung selbst mit eingeht und mit Faser und Orceinsäure eine Tripelverbindung bildet.

Bedenkt man, dafs dunkelblaurote Orceinsäure mit Alkalien durch Salzbildung sich bläut, mit Säure aber hellgelbrot wird, so kommt man auf die Vermutung, als ob die HCl nicht im Orcein, sondern vielleicht im Substrat etwas (vielleicht überschüssige Alkalinität) bindet, so dafs nun die Orceinsäure mit dem Rest des nunmehr gerade genügend basischen (oxyphilen) Substrats eine mehr neutrale, salzartige Verbindung eingehen kann. Allerdings sind die Elastinfasern keineswegs deutlich blau, sondern nur dunkler als das Kollagen. Dafs die HCl in das Molekül der Orceinsäure aufserhalb der Faser eintritt, ist auch nicht gut anzunehmen, da HCl + Orceinsäure ja eine andere Nuance hat, hellrot ist; indessen könnte spezifische Elastinfärbung zustande kommen, dadurch dafs HCl eintritt, so zwar dafs die HCl sofort in das orceingefärbte Substrat, in die Färbung eintritt. Im Moment des Zusammentreffens von Elastin, Orcein und HCl tritt eine Art Tripelverbindung ein, etwa derart, dafs die HCl irgend eine nunmehr durch die Bindung der sauren Gruppe an das Elastin frei gewordene basische Gruppe in dem Orcein, resp. Elastin, resp. dem gefärbten, orceinsauren Elastin (Elastinorceinat) sättigt, bezw. dafs nur durch gleich-

zeitige Absättigung dieser basischen Gruppe es zur Bildung von orceingefärbtem Elastin kommen kann.

Wir werden für diese Anschauung, dafs in der Orceinsäure eine basische Gruppe vorhanden, deren vorherige Absättigung durch HCl (also innere Salzbildung im Molekül) nötig ist, damit mittels der sauren Gruppe spezifische Färbung eintreten kann, noch weiter unten Beweismaterial anführen. Es würde also in der Tat diese Elastinfaser, ähnlich wie die Baumwollfaser, eine Art neutralen Salzes physikalisch aufnehmen.

Erwähnt sei nur noch, dafs andere Baumwollfarben ohne weiteres Elastin nicht färben, weder in basischer, noch neutraler, noch saurer Lösung,[3] dafs Orcein als saurer Baumwollfarbstoff aber eine gute Beize abgibt für nachfolgende basische Farbstoffe, die sie zu Neutralfarben auf sich niederschlägt; saures Orcein übt ähnliche Wirkung aus.

Schliefslich sei bemerkt, dafs zur Unnaschen Elastinfärbung das Orcein in spirituöser Lösung verwendet wird.

(Fortsetzung folgt.)

[3] Eine vorzügliche hellrote Elastinfärbung (neben blauer Kernfärbung) ist mir gelegentlich geglückt durch Verbindung der amidosulfosauren Baumwollfarbe St. Denisrot mit Hämateinsäure. Hämatein gibt bekanntlich mit Tannin und Phosphorwolframsäure (Mallory) Lacke; das Tannin ist aber ersetzbar durch saure Baumwollfarben, und Hämatein gibt mit diesen eigenartige Verbindungen. Hier ist also ein Baumwollfarbstoff in „farbsaurer Lösung“ zur Verwendung gelangt.

Was lehrt uns die Geschichte der Syphilis-Hydriatik?

Von

Dr. J. Sadger, Wien-Graefenberg.

So alt wie die Luestherapie mit Merkur, ist auch der Kampf wider dieses Mittel. Nur allzubald drängte die Erkenntnis sich auf, das Quecksilber sei eine äufserst tückische, sehr häufig schädliche, vereinzelt sogar todbringende Arznei, welche, in ihren Wirkungen zum grofsen Teile noch völlig unbekannt, bei längerm Gebrauch oft schlimmere Folgen nach sich zieht, als die Syphilis selber. Darum hielt man von jeher nach Mitteln und Methoden Umschau, dies ebenso wirksame als gefährliche Spezifikum ausschalten zu können. Im folgenden will ich von den pharmazeutischen Surrogaten ganz absehen und nur die physikalischen Methoden heranziehen.

Als eine der ältesten dürfen die verschiedenen Schwitzkuren gelten, zu welchen ich auch das Baden in Schwefelthermen rechne, weil nicht der Schwefel gegen Lues wirkt, sondern einzig das Schwitzen. Wenn

auch schon die ältesten Syphilographen von diesem viel Rühmliches zu berichten wufsten, so nahm doch dasselbe zu Ende des 16. und im 17. Jahrhundert besonderen Aufschwung, als man eigene Kasten und Betten zu konstruieren begann, in welchen der Kranke unter einer gröfseren Weingeistflamme, heifsen Steinen, Ziegeln, Eisen u. dergl. oder unter einem Kessel mit kochendem Wasser oder auch unter offenem Kohlenfeuer durch längere Zeit hindurch schwitzen mufste.[1] Diese besonders durch Blancard und Josef Schmidt abgebildeten und beschriebenen Vorrichtungen wurden von dem letzteren als unentbehrlicher Apparat eines jeden rechtschaffenen „Frantzosen-Arztes" bezeichnet, ja der berühmte Boerhaave erklärt sogar: „Haec est methodus pulcherrima, quae solet curare proximos Luis Venerae affectus." Neben diesen Schwitzkuren wurden freilich noch innerlich Holztränke gegeben oder andere Drogen, und aufserdem die Hungerkur zur Bedingung gemacht. Diese letztere, schon im Altertum verwertet und von den frühesten Syphilographen allgemein genützt, ward besonders durch den grofsen Systematiker Friedrich Hoffmann und in Skandinavien durch Frederick Christian Winslow propagiert, allerdings in Verbindung mit Aderlässen. Den Hungerkuren zunächst stand eine Methode, die als traitement arabique oder diète séchée im 18. Jahrhundert in einigen Spitälern Südfrankreichs üblich wurde. Die Kranken mufsten da nicht blofs hungern, sondern auch dursten (wie heute etwa in Lindewiese). Tagsüber erhielten sie nur eine halbe Kalbs- oder Hammelkotelette, ein wenig gebackenes Obst und Schiffszwieback oder geröstetes Weifsbrot, zum Getränk nur zwei Gläser Sarsaparilla-Decoct. Die Dauer der Kur war nicht bestimmt, doch sollten sechs bis acht Wochen hinreichen, um auch eingewurzelte Fälle zur Heilung zu bringen. Also Schwitzen mit oder ohne Schwefel, ferner Hungern und Dursten, sowie endlich noch Einverleibung von oft gewaltigen Mengen von Holztränken waren die seit altersher geübten Mittel.

Die obengenannten Formen des Schwitzens hat nun Vincenz Priessnitz in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts um eine neue wirklich bereichert. Als Bereicherung nehme ich weniger das Trockenschwitzen im Kotzen, welches anfangs stundenlang zweimal täglich durch Monate und Jahre hindurch geübt ward, als vielmehr die jedesmalige Verbindung dieses Schwitzens mit einem unmittelbar folgenden Tauchbad von 1—5° R. Gerade diese letztere Kombination, welche Priessnitzs geistiges Eigentum bildet, war mehr als irgend ein anderes geeignet, den Stoffwechsel

[1] Die Angaben dieses einen Abschnittes sind der trefflichen „Geschichte der venerischen Krankheiten" von J. K. Proksch entnommen. Ich benutze gern die Gelegenheit, dem genannten Gelehrten für seine freundliche Überlassung der hier einschlägigen Literatur meinen besten Dank auszusprechen.

der Syphilitiker zu fördern. Nehmen wir dazu, dafs neben der Ausscheidung durch das stundenlange Schwitzen der allgemeinen Tonisierung und Stoffwechselbeschleunigung durch das kalte Tauchbad, auch stets die privative vegetabilische Diät, sowie trinken gewaltiger Wassermengen, besonders in der ersten Hälfte des Tages, vorgeschrieben waren, dafs man nach dem Jahre 1840 endlich blofs ein- bis dreimal wöchentlich schwitzte, an den anderen Tagen aber in der feuchten Einpackung nur längere Zeit „dunstete", so haben wir da alle physikalischen Heilpotenzen beisammen, mit welchen wir heute noch Lues kurieren.

Ich will das Verfahren, das PRIESSNITZ einschlug, hier näher ausführen, bemerke aber gleich zu besserem Verständnis, dafs jener Mann weder zwischen weichem und dem harten Schanker, noch zwischen Lues und chronischer Merkurvergiftung[2] unterschied, oder richtiger, unterscheiden konnte, ja, dafs wohl auch manchmal noch ärgere Verwechslungen stattgefunden haben mögen. Dieser Mangel der Differentialdiagnose dünkt mir geeignet, uns manchen sonst völlig dunklen Punkt ins Helle zu rücken.

Was zunächst den Primäraffekt betrifft, so haben wir blofs von der durch PRIESSNITZ geübten Hydriatik des Schankers schlechtweg bestimmte Nachricht. Wenn ein solcher im Laufe einer Kur acquiriert ward, liefs PRIESSNITZ den Kranken nicht selten die bisherigen Prozeduren fortnehmen und nur ein bis zwei temperierte Sitzbäder täglich einschieben. In anderen Fällen verordnete er aber morgens und nachmittags je eine kurze feuchte Einpackung bis zur Erwärmung des Lakens (10—20—30 Minuten) mit folgendem abgeschreckten Halbbad. Doch gab er auch da des Vormittags und vor dem Schlafengehen temperierte Sitzbäder (von etwa 15° R.[3] und

---

[2] Diese an sich oft schwere Differentialdiagnose ward zu PRIESSNITZ' Zeiten noch dadurch erschwert, dafs in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts mit Hydrargyrum schrecklich mifswirtschaftet wurde. Schrieb doch selbst THOMAS JOSEF LANDA, der das Quecksilber ein unschätzbares Heilmittel nennt, dessen Erfinder man nicht genug danken könne, da seine Verdienste um die leidende Menschheit unsterblich seien, doch anderseits wieder: „Mit keinem Arzneimittel wurde den Kranken so oft und so bedeutend geschadet, wie mit diesem. Es ist unglaublich, wie ungeschickt und mit welch sträflicher Unvorsichtigkeit das Quecksilber oft in Anwendung gebracht wird. Der Merkur ist jetzt allgemein ein Modemittel, eine Panacee geworden, es gibt beinahe keine Krankheit, kein Alter, keine Konstitution, wo man ihn nicht notwendig findet. Säuglinge an der Mutterbrust und Greise sind gegenwärtig (1842) in Gefahr, in den allereinfachsten und gewöhnlichsten Krankheiten mit dem Quecksilber behandelt zu werden. ‚Wenn es kein Kalomel gäbe, so wollte ich kein Arzt sein!' sagen mehrere angesehene Ärzte in ihren Schriften, ich sage aber: Hauptsächlich dem Quecksilber hat PRIESSNITZ seinen europäischen Ruf zu verdanken!" (Das hydropathische Heilverfahren bei häutiger Bräune und Bemerkungen über die Graefenberger Wasserkur. Gottlieb Haase & Söhne, Prag 1842. S. 185.)

[3] Die Wassertemperaturen sind hier wie in dem ganzen Artikel in Réaumurgraden angegeben.

10—20 Minuten Dauer), und aufserdem wurde öfters im Tage das Glied in einem Topf oder Glase gebadet, welches 16—18° Wasser enthielt, dann mit nasser Charpie oder feinstem Seidenpapier belegt und dieses endlich mit nassen Leinwandstreifen umwickelt. Diese letzteren waren 50 cm lang und 3 cm breit, wurden mit einem einfachen Zwirnfaden befestigt und durften auch während des Sitzbades niemals abgelegt werden. Wenn von mehreren Seiten die Schnelligkeit gerühmt wird, mit welcher PRIESSNITZ den Schanker von Grund aus und auf Nimmerwiedersehen kurierte, so vermute ich stark, es handelte sich in diesen Fällen um venerische Helkose, nicht um den harten HUNTERschen Schanker.

Nun zur PRIESSNITZ-Therapie der konstitutionellen Syphilis und der Hydrargyrose. Vor dem Jahre 1840 mufsten beinahe sämtliche Kranke nach einer kurzen Einleitungsbehandlung zweimal im Tage durch mehrere Stunden trocken schwitzen, mit einem eiskalten Tauchbad am Schlusse. Nach diesem Jahre vertauschte PRIESSNITZ das Schwitzen in der Regel mit längerem „Dunsten", d. h. der längeren feuchten Einpackung. Nur kräftige, nicht nervöse Patienten mit gesundem Herz und gesunden Lungen durften dann noch an einem bis höchstens drei Nachmittagen jeder Woche schwitzen (nach einem vorbereitenden Erwärmungsspaziergang den Berg hinauf und in womöglich sonnendurchwärmten Kotzen), worauf dann immer das kalte Tauchbad den Abschlufs machte. An den übrigen Tagen der Woche jedoch bekamen sie morgens und am Nachmittage die feuchte Einpackung von ein bis drei Stunden, zu welcher wegen des längeren Liegens stets doppelte Laken und nicht selten noch obendrein ein Extra-Rumpfumschlag eingefügt wurde. Auf diese längeren feuchten Einwicklungen folgte entweder das nämliche Tauchbad oder auch bei stärkerer Irritation das abgeschreckte Halbbad von 12—14° R. Bei nervösen Patienten, dann ferner solchen, deren Zirkulations- oder Respirationsorgane affiziert waren, wurde weit mildere Kur gemacht, doch währte sie natürlich soviel länger. Sehr Heruntergekommene erhielten zu Anfang blofs zwei temperierte Halbbäder täglich durch mehrere Wochen, dann wurde den letzteren jedesmal die kurze Einpackung vorausgeschickt (nur bis zur Erwärmung des Leintuchs) und erst zum Schlusse der ganzen Behandlung das täglich zweimalige Dunsten verordnet. Aufserdem bekamen fast alle Syphilitiker mittags ein Sitzbad von etwa 16° R. und 20—30 Minuten Dauer, dann mehrmals täglich (etwa drei- bis vierstündlich) gewechselte Leibbinden und feuchte Umschläge auf die wunden Stellen. Auch geduscht wurde einige Male die Woche, doch niemals an den Tagen des Trockenschwitzens. Für Kranke mit luetischen Knochenauftreibungen erfand noch PRIESSNITZ die sogenannte „Wandereinpackung", d. h. leinene, gut ausgewundene nasse Leibel mit Ärmeln, ferner dito Hosen, dann über das Ganze einen deckenden Flanellanzug, über welchen

dann wieder die gewöhnlichen Kleider getragen wurden. Jener nasse Anzug wurde, sobald er trocken geworden, wieder erneuert, und mufste ihn der Kranke, natürlich flanellbedeckt auch während des Nachtschlafes anbehalten. Um schliefslich auch noch die Diät zu erschöpfen, war der Fleischgenufs beinahe allen verboten. Zum Frühstück und zu Abend kam Milch und Butterbrot auf den Tisch, zu Mittag gab es Reis oder Gries in Milch gekocht, ferner Mehlspeisen, Obst, Gemüse und dergleichen.

Über die hydriatische Heilbarkeit der Lues besitzen wir authentische Worte von PRIESSNITZ. Als im Jahre 1846 der „Verein für Wasserheilkunde" auch ihn zur Jahresversammlung lud, auf welcher unter anderm auch die vorstehende Frage erörtert werden sollte, da konnte PRIESSNITZ zwar nicht erscheinen, doch schrieb er über jenen Punkt: „Primäre sowohl als sekundäre Syphilis ist durch Wasser heilbar, und wenn einzelne Fälle vorkommen, wo dies nicht zu sein scheint, so tragen gewifs die Kranken die Schuld. Mit sehr günstigem Erfolge verwendete ich bei kräftigen das Schwitzen im Kotzen, hierauf bei heftigen Entzündungen abgeschreckte, bei geringen aber kalte Bäder unmittelbar nach dem Schwitzen. War der Kranke aber schwach, dann pflegte ich das Einschlagen in nasse Tücher vor- und nachmittags jedesmal mit Vorteil anzuwenden, wenn auch die Heilung langsamer geschah. Der Kranke schwitzte dann nur ein- bis zweimal die Woche. An den leidenden Teilen werden stets Umschläge getragen." Und auch PINGLER[4] gegenüber hat PRIESSNITZ noch kurz vor seinem Tode geäufsert: „Die Syphilis kann nur vollkommen und gründlich geheilt werden durch die Wasserkur. Im allgemeinen verlangt die Tilgung der Seuche viel Geduld und Ausdauer, besonders in solchen Fällen, wo eingreifende Arzneikuren die Kranken heruntergebracht haben."

Ich führe PRIESSNITZS Methode und Ansichten darum so genau vor, weil sowohl die heutige Lues-Hydriatik auf jenes Mannes Vorschriften zurückgeht, als auch die Möglichkeit, jene Seuche durch Wasser allein zu kurieren, von jeher hart bestritten wurde. So besitzen wir z. B. Berichte von durchaus glaubwürdigen Ärzten, die Lueskuren, von PRIESSNITZ selber verordnet, sahen doch nicht jene Erfolge, die allgemein und auch von PRIESSNITZ selber angenommen wurden. Die drei alten durchaus glaubwürdigen Ärzte, die die Graefenberger Kur vor 1840 beschrieben, nämlich KRÖBER, SCHNIZLEIN und BERNHARD HIRSCHEL (die Berichte der andern sind beinahe wertlos) sprechen zwar viel von glänzenden Heilungen bei Quecksilbersiechtum, doch auffallend wenig von solchen bei Syphilis. Und obendrein waren fast sämtliche Syphilitiker, von welchen jene drei erzählen, vorher schon merkuriell übersättigt. Erst Professor SCOUTTETTEN,

[4] Die Syphilis, ihr Wesen und gründliche Heilung auf kürzestem Wege. 3. Aufl. 1892.

den der französische Kriegsminister zum Studium von Wasserheilanstalten nach Deutschland gesandt, schrieb 1842: „Der günstige Erfolg sei fast gewifs bei Arthritis, Rheumatismus, bei allen abdominalen Affektionen, bei Skrophulose, inveterierter Syphilis, besonders solchen Fällen, die mit zuviel Merkur behandelt wurden, weniger gewifs bei Hautkrankheiten, frischen syphilitischen Krankheiten, Lähmungen und alten Nervenkrankheiten, die sich auf eine frühere Verletzung des Gehirns oder Rückenmarkes beziehen.“[5] Andreas Plenigер[6] hat in den Jahren 1849, 1850 und 1851 an 500 angeblich syphilitisch Kranke auf dem Graefenberg gesehen, von welchen jedoch ein Teil merkurkrank, ein zweiter kachektisch, oft infolge vorausgegangener Kuren war, während die an Syphilis Erkrankten die geringere Zahl der Genesenen lieferten. Den vorzüglichsten Widerstand leistet die Syphilis der Knochen und der Beinhaut; ich habe Kranke gesehen und bin viel mit ihnen umgegangen, die nach zwei bis fünf Jahren von denselben heftigen Schmerzen gepeinigt, mit denselben unveränderten Knochenanschwellungen behaftet waren, welche sie in die Anstalt mitbrachten, und die sie endlich verliefsen, um sich anderswo einem Heilverfahren zu unterziehen. Mehrere dieser Kranken habe ich selbst teils durch Jod, teils durch Merkur in Wien binnen drei Monaten vollkommen geheilt, sie leben noch und befinden sich recht wohl. . . . . Auch die an sekundären Hautgeschwüren Leidenden haben nicht immer, auch nach Jahren einen günstigen Erfolg erfahren können; ich habe mehrere solcher Kranken, die den höheren Ständen angehört haben, binnen sechs Wochen bei einer einfachen Behandlung vollkommen geheilt. Unter allen Formen der Syphilis sind die Affektionen der Haut, der Schleimhaut und der Drüsen diejenigen, welche sich durch die Hydrotherapie, aber auch dann nur durch eine sehr zweckmäfsige Behandlung beseitigen lassen.“ Zum Schlusse will ich noch einen der tüchtigsten Priessnitz-Schüler, den Medizinalrat und Besitzer der Wasserheilanstalt Königstein am Taunus, Georg Pingler, mit eigenen Worten reden lassen (l. c. S. 12 f): „Während meines 100tägigen Aufenthaltes auf dem Graefenberge (1850) lebte zwar die Ansicht unter den Kurgästen, dafs die Wasserkur das einzige radikale Mittel gegen die Syphilis sei, dafs dieser und jener den Graefenberg gesund verlassen habe; so viele Syphilitiker ich auch dort kennen lernte, bei keinem erfolgte Heilung, kaum anscheinend Besserung während dieses Zeitraumes. Namentlich vermifste ich das muntere Aufschiefsen von Fleischwärzchen auf Geschwürsflächen, die Reinigung

---

[5] Rapport sur l'hydrothérapie adressé à Monsieur le Maréchal ministre de la guerre après en voyage fait en Allemagne.

[6] Spezielle Pathologie und Hydrotherapie nach dem heutigen Standpunkt. Wilhelm Braumüller, Wien 1866.

des Geschwürsgrundes, das fabelhaft rasche Abnehmen des täglich zu konstatierenden Umfanges der Geschwüre, welches ich nach der anzugebenden Methode gewohnt bin, hier zu sehen."

Es wird in dieser so bestrittenen Frage, ob Lues durch Wasser allein zu kurieren, von mehr als historischem Interesse sein, die Ansichten anderer heranzuziehen, welche diesem Problem in praxi nachgingen. Ich will mich dabei nur auf Ärzte beschränken und unter diesen ausschliefslich auf jene, die in der Hydriatik der Syphilis reichliche und selbsterworbene Erfahrungen haben. Doch werde ich nicht bloſs Schlussurteile und Namen publizieren, sondern auch alle Nebenerfahrungen jener, die heute noch vollständig gültig sind.

Ich beginne mit G. L. Dieterich,[7] der zunächst das Trockenschwitzen beschreibt mit dem nachfolgenden Tauchbad: „Diese Behandlungsmethode, welche, nebenbei gesagt, den Körper viel weniger erhitzt als die russischen Dampfbäder, daher sich mehr als diese empfiehlt, wird von den Ärzten für eine der wirksamsten Kuren bei chronisch-syphilitischen Krankheitsformen, namentlich bei den Ex- und Enanthemen, geschildert. Schon die Theorie spricht auch für diese Wahrheit, von welcher sich übrigens jeder selbst überzeugen kann. Wenn übrigens in einzelnen Fällen die Graefenberger Kuren ohne ganz guten Erfolg bleiben, so haben sie das mit allen anderen Methoden gemein. . . . . Bei solcher Behandlungsmethode bricht der Ausschlag in den ersten Wochen stärker hervor, weil die Kur natürlich sehr erregend wirkt, etwa vorhandene Geschwüre eitern stark, einzelne Tuberkeln vergröſsern sich, aber nach mehreren Wochen, bei dem einen früher, bei dem anderen später, verschwinden die Krankheitserscheinungen, und der Genesende hat hierbei den groſsen Gewinn, daſs er nicht durch eine Arzneigabe geschwächt ist, sondern daſs er sich vielmehr mit jedem Tage kräftiger fühlt. Der Landmann Priessnitz, dem die leidende Menschheit diese Heilmethode verdankt, hat sich durch sie ein unvergängliches Denkmal gesetzt. Diese Kurmethode kann man übrigens auch recht gut mit einer Arzneibehandlung verbinden, namentlich mit der Gabe des Jodkalium, in welchem Falle die Heilerfolge noch rascher und glänzender erzielt werden."

Viel ungünstiger spricht sich im selben Jahre 1842 Thomas Josef Lauda[8] aus: „Ich habe mich am Krankenbette genügend überzeugt, daſs die Lustseuche mit der Priessnitzschen Wasserkur nicht geheilt werde." Er begründet dieses absprechende Urteil mit seinen Erfahrungen an 23 Syphilitikern, welche er nach Alt-Graefenberger Methode mit Trockenschwitzen, Vollbädern, Trinken gröſserer Wassermengen, aber leider auch

[7] Die Krankheitsfamilie Syphilis. Landshut 1842. S. 100—102.
[8] L. c.

Graefenberger Volldiät (inklusive Rindfleisch und Braten zu Mittag) behandelt, und die sämtlich ein Fortschreiten der syphilitischen Symptome geboten hatten, mitunter nach kurz vorübergehender Besserung derselben. Hingegen half die Graefenberger Kur ganz ausgezeichnet bei allen Merkurialkachexien, selbst dann, wenn diese schon Monate und Jahre mit anderen Arzneimitteln ganz frucht- und nutzlos behandelt worden waren. Drum sei sie auch trefflich zur Differentialdiagnose zu brauchen.

Im strikten Gegensatze zu T. J. Lauda spricht C. A. W. Richter[9] „seine feste Überzeugung" dahin aus, „dafs die Syphilis gründlich und dauernd nur einzig und allein durch die Wasserkur zu heilen ist, während alle andere Heilungsarten derselben das Individuum der Gefahr aussetzen, entweder selbst mit der Zeit einem chronischen Siechtum zu verfallen oder ein solches auf seine Nachkommen zu vererben". Nebst einer absolut blanden Diät (vorwaltend leicht verdauliche Gemüse und Obst, nur zweimal wöchentlich Fleisch) empfiehlt er für den Primäraffekt die folgende Kur: Früh zwei Stunden im Kotzen trocken schwitzen, dann 14° Halbbad, nach vier bis fünf Tagen schon Wechselbäder (Halbbad, Vollbad, Halbbad); um elf Uhr 14° Sitzbad (20 Minuten) und Ganzabreibung; nachmittags nasse Einpackung mit folgendem abgeschreckten Halbbad; vor dem Schlafengehen endlich noch eine Ganzabreibung. Reichliches Wassertrinken (zehn bis zwölf Glas im Tag) und kleine Klystiere für den Stuhl. Das Geschwür an den Geschlechtsteilen wird anfänglich einige Male täglich mit lauwarmem Wasser bespült, später, sobald sich ein speckiger Grund bildet, täglich mit einer kleinen scharfen Spritze zwei bis drei Minuten lang beduscht. Gegen sekundäre Syphilis und Quecksilbersiechtum verordnet er anfangs dreimal täglich Ganzabreibung, späterhin nasse Einpackungen von 40—50 Minuten mit folgendem Halbbad von 14—12° und kalten Begiefsungen am Anfang und Ende, ausserdem vormittags noch ein Sitzbad (16—10°, 30—40 Minuten), dann von der dritten Kurwoche ab auch Duschen von zwei bis vier Minuten.

Aus dem Jahre 1858 stammt eine Schrift von Dr. E. Kreyser.[10] Dieser Autor hatte als Leiter zweier Wasserheilanstalten in der Schweiz so günstige Resultate erzielt, dafs er sie in einer kleineren Schrift zu publizieren sich berechtigt glaubte. Denn alle von ihm nach der Graefenberger Schwitzmethode behandelten Kranken entliefs er geheilt oder wesentlich gebessert. Als er jedoch später in Moskau eine neue Anstalt

---

[9] Das Wasserbuch oder Praktische Anweisung zum richtigen Gebrauche des Wassers als Heilmittel in verschiedenen Krankheiten. Adolf Stubenrauch & Co., Berlin 1856.

[10] Die Behandlung der Syphilis durch die Kaltwasserheilmethode und die antiperiodische Behandlung der Chorea St. Viti und deren Heilung. August Hirschwald, Berlin.

errichtete und nun seine Kranken, in derselben Stadt lebend, viel länger und genauer beobachten konnte, da drängte sich ihm die Entdeckung auf, dafs Rezidive sehr häufig vorkamen und ferner die Behandlung mancher Patienten sich unendlich in die Länge zog. Nach 14jähriger Erfahrung kam er dann zu folgenden Schlufsresultaten: 1. Merkurialismus und andere Dyskrasien werden fast immer durch die Wasserkuren zur Genesung geführt. 2. Bei der Syphilis ist die Hydriatik allein nicht ausreichend. Im Anfange bessern sich zwar die Symptome, dann aber tritt ein Stillstand ein, und alle Nachhilfe durch die Graefenberger Methode allein bleibt ohne Erfolg. Hingegen kann eine alterierende Behandlung (d. h. Behandlung mit dem Alterans Merkur und dem ZITTMANNschen Decoct) mit ihr zu gleicher Zeit verbunden werden, und ist die Wirkung dann überraschend günstiger, als wenn man jede Methode isoliert zur Anwendung bringt. In zweifelhaften Fällen entscheidet Erfolg oder Mifserfolg der Hydriatik die Differentialdiagnose, ob Lues oder Quecksilbersiechtum vorliegt. 3. Für Kranke, die zugleich mit Wasser und Merkur behandelt werden, ist Aufenthalt im Freien nicht nur nicht schädlich, sondern direkt nützlich. Erkältung ist bei diesen nicht zu befürchten. 4. Die Wirkung aller Alterantia, besonders des ZITTMANNschen Decoctes wird durch gleichzeitige Wasserkur bedeutend gesteigert. 5. Drüsenanschwellungen werden immer zerteilt, wenn die Krankheit nicht schon allzulange bestanden hatte.

Sehr ungünstig lauten die „Bemerkungen und Erfahrungen schwedischer und finnländischer Ärzte über die Kaltwasserkur gegen die Syphilis," welche Dr. VON DER BUSCH in BEHRENDS „Syphilidologie" (Neue Reihe, Erlangen 1860) publizierte. Er zitiert zuerst NYMAN, der die Wasserkur nach seinen allerdings nicht allzugrofsen Erfahrungen „die unsicherste von allen Kurarten gegen die Syphilis" heifst, und glaubt, dafs die glänzenden Resultate, welche manche ihr zuschreibe, illusorisch seien, hervorgerufen durch die Vergänglichkeit der Ex- und Enantheme und durch die Regelung der Diät bei jeder Wasserkur. Auch Professor MALMSTEN stimmt NYMAN bei, dafs die Hydriatik die Syphilis nicht zu heilen vermöge. Der Primäraffekt werde nicht durch sie geheilt, sondern nur durch die bei der Wasserkur beobachtete Reinlichkeit und Diät. Wenn sie bei sekundärer Syphilis wirke, so beruhe dies darauf, dafs sie den schon vorher gebrauchten Merkur freimache und zur Wirksamkeit bringe. Die Hydriatik hält er nicht für ein Mittel zur Heilung der Syphilis, wohl aber für ein solches, welches wohltätig auf den allgemeinen Gesundheitszustand von Personen einwirken könne, die teils lange Merkurialkuren durchgemacht, teils aber den Merkur unvorsichtig gebraucht hatten. In allen Fällen, in welchen die Syphilis edle Teile ergriffen hat, ist die Wasserkur positiv nachteilig. „Man mufs sich wundern," sagt MALMSTEN,

„dafs Ärzte in Kaltwasserheilanstalten über wirkliche Heilungen der Syphilis berichtet haben. Dergleichen Kuren haben entweder auf unrichtiger Diagnose oder auf unrichtiger Erklärung der Verhältnisse, vielleicht auch auf etwas Schlechterem beruht.“ Professor Bonsdorff endlich, der Leiter einer Kaltwasserheilanstalt zu Åbo, ist durch seine vierjährigen Erfahrungen (an wieviel Kranken ist nicht gemeldet) zur Überzeugung gekommen, dafs die Wasserkur durchaus nichts vermag, um das syphilitische Gift zu neutralisieren oder zu zerstören. Dagegen konnte er beobachten, dafs dieselbe ein ganz vortreffliches Mittel ist, um die Merkurial-Dyskrasie zu heben, die so häufig Folge von Merkurialkuren sei. Diejenigen Ärzte, welche die Wasserkur gegen Syphilis anpreisen, hätten diese mit Merkurial-Dyskrasie verwechselt. Er sah dann ferner, dafs in Fällen von latenter Syphilis, bei welchen sich keine sekundäre Geschwüre vorfinden, diese unter einer mehrwöchentlichen Wasserkur hervortreten. Darum eigne sie sich zur Entscheidung der Frage, ob ein Mensch noch an Syphilis leide oder nicht. Hat man durch die Hydriatik Gewifsheit erlangt, dafs noch syphilitisches Gift im Körper ist, müsse man jene aussetzen und so lange Quecksilber brauchen, bis dies seine spezifische Wirksamkeit entfaltet habe. Man bemerke dann stets, dafs die vorherige Wasserkur das Resorptionsvermögen der Haut ungemein gesteigert habe, indem der schützende Epidermisüberzug auf ein Minimum reduziert sei. Ich habe nur noch beizufügen, dafs keiner der drei genannten Ärzte seine hydriatische Methode näher präzisierte.

Um wieder auf deutsche Autoren zurückzukommen, so versichert Scharlau (Wissenschaftliche Begründung der Wasserkur),[11] dafs bei der Verbindung der Wasserkur mit einem methodischen Quecksilbergebrauche die Heilung der konstitutionellen Syphilis gewöhnlich in der Zeit von drei Wochen (!) zu erzielen sei. Seine hydriatische Methode besteht in einer reichlichen Schweifserregung, zumal in der trockenen Einpackung und einer darauffolgenden kurzen Dusche. Von 70 Fällen, die er auf diese Weise behandelt habe, seien alle vollkommen hergestellt worden, und nur bei einem Einzigen sei es zu einer Rezidive gekommen.

Plenigers Ansicht (l. c.) über die Wirksamkeit der Graefenberger Wasserkur ward schon oben berichtet. Sein eigenes Verfahren bei konstitutioneller Syphilis und chronischem Merkurialismus, ein Verfahren, das sichtlich auf Priessnitz zurückgeht, war folgender Art: a) Vorbereitungskur durch mehrere Wochen: früh und abends kurze feuchte Einpackung eine Viertelstunde, dann Abreibung oder temperiertes Halbbad; mittags Sitzbad (10—15°, 1/4—1/2 Stunde); endlich noch Leibbinde, nach jedesmaligem Trockenwerden gewechselt. b) Hauptkur: Morgens ein bis

[11] Zitiert nach Winternitz, da mir das Original nicht zugänglich war.

zwei Stunden Trockenschwitzen, dann temperiertes Halbbad oder Wechselbad; mittags Strahldusche von einigen Minuten; abends Abreibung, eventuell mit Sitzbad; die ganze Nacht oder doch den gröfsten Teil derselben dreiviertel oder eine halbe Packung (mit einfachem oder doppeltem Laken) besonders bei chronischen Dyskrasien. Wassertrinken in der Vorbereitungskur ein bis zwei Mafs täglich, in der Hauptkur viel ausgiebiger. Diät nur leicht, auf das Notwendigste beschränkt (Suppe, Milch, Milchspeisen, weiche Eier).

Im Jahre 1869 trat Wilhelm Winternitz zum ersten Male mit seinem Urteil über Syphilishydriatik an die Öffentlichkeit.[12] Er schrieb damals wörtlich: „An die Besprechung der konstitutionellen Syphilis gehe ich mit einigem Zögern, nachdem diese Reihe geradezu mein Gewissen belastet. Ich gestehe, dafs ich bei Syphilitischen, vielleicht zum Schaden des einen oder des andern Kranken, auf die Empfehlung mehrerer Wasser- oder Naturärzte hin durch längere Zeit und konsequent Versuche mit verschiedenen hydriatischen und hydrodiätetischen Methoden anstellte, aber in keinem einzigen Falle mit diesem Verfahren allein ein erwünschtes Resultat erzielte. In den meisten Fällen mufste ich mit der Wasserkur ein medikamentöses, antisyphilitisches Verfahren verbinden, und ich habe diese Verbindung nur zu loben. In der Mehrzahl der Fälle scheint die Kurdauer durch dies kombinierte Verfahren beträchtlich abgekürzt zu werden, wie ja auch von andern gewissenhaften Ärzten konstatiert wurde. Dafs ich übrigens mit einer rein hydrodiätetischen Methode nicht allein so unglücklich war, geht aus dem Umstande hervor, dafs ich unter den Kranken dieser Reihe eine gröfsere Anzahl zählte, die mir erst zuwuchsen, nachdem sie oft viele Monate hindurch in anderen Instituten die strengste Kur (Schrothsche, kombinierte, Schrothsche und Wasserkur) gebraucht hatten. Die meisten dieser Kranken wurden sodann durch die Kombination der Wasserkur mit einer medikamentösen Einwirkung geheilt." Im Jahre 1870, als sich sein Beobachtungsmaterial wesentlich vermehrt hatte und schon 105 Kranke betrug, schrieb er ergänzend: „Ich kann den oben zitierten Ausspruch nach meiner heutigen schon gehäufteren Erfahrung nicht mehr in seiner vollen Strenge aufrecht erhalten. Mehrere Fälle meiner eigenen Erfahrung, einige wohlkonstatierte Fälle anderer Ärzte sah ich seither unter hydriatischer Behandlung im Verein mit einer im allgemeinen entziehenden Diät meist nach langer, öfters jahrelanger Kurdauer geheilt werden; und es wird uns dies um so weniger

[12] Kaltenleutgeben und meine Wasserheilanstalt nebst einem statistischen Berichte über die in den Jahren 1865, 1866, 1867 und 1868 in meiner Wasserheilanstalt in Kaltenleutgeben und der unter meiner Leitung stehenden Anstalt im Kaiserbad in Wien aufgenommenen und behandelten Kurgäste.

befremden, wenn wir uns daran erinnern, dafs auch in nicht allzuseltenen Fällen eine spontane Involution der konstitutionellen Syphilis beobachtet wird. Einzelne Fälle, namentlich solche, die sich gleichzeitig einer strengen vegetabilischen Diät unterzogen (mäfsige Quantitäten Grahambrot, Gemüse, Obst, etwas Milch), heilten unter täglichen kopiösen Schweifserregungen und darauf folgenden energischen Wärmeentziehungen, anstrengenden Muskelbewegungen und auch innerlich sehr vermehrter Wasserzufuhr. Das geschilderte Verfahren bildet die Essenz der Graefenberger empirischen antidyskrasischen Methode. Es gilt hier als Prinzip, alle Sekretionen, namentlich die der Haut und Nerven, mächtig anzuregen und zu betätigen und durch energische Wärmeentziehungen und ermüdende Muskelaktionen möglichst allseitig den Stoffwechsel zu beschleunigen. Bei reichlicher Nahrungszufuhr und reichlichen Ausscheidungen aus dem Blute mufs vorwaltend das Zirkulationseiweifs umgesetzt werden, und das stabilere Organeiweifs und das mit diesem verbundene syphilitische Virus dürfte wahrscheinlich nur wenig in den Umsatz gezogen worden sein. Jedenfalls mufste dies bei der Verbindung dieser Methode mit einer strengen Diät in weit höherem Mafse stattfinden, wie die in solchen Fällen meist eingetretene Abmagerung bewies." In der ersten Auflage seines grofsen Lehrbuches (1880) resumiert WINTERNITZ endlich: „Auf die Frage, welchen Nutzen die Hydrotherapie bei der Syphilis bringen könne, antworte ich, auf eine reiche Erfahrung gestützt, dafs die Wasserkur für sich allein nur in den seltensten Fällen eine Heilung der Syphilis bewirkt. Nichts dessenungeachtet vertrete ich es mit der gröfsten Entschiedenheit, dafs die Verbindung einer entsprechenden Wasserkur mit einem spezifischen medikamentösen Verfahren einen unleugbar grofsen Wert bei der Behandlung der konstitutionellen Syphilis hat."

„Der Hydrotherapie fallen hier sehr mannigfache Aufgaben zu. Sie hat zunächst die Hautfunktion anzuregen, um dem depuratorischen Einflusse einer beliebig vermehrten Hautsekretion auf die Blutbeschaffenheit zu genügen, auf die Harnsekretion von demselben Gesichtspunkte aus einzuwirken, in zweiter Reihe den Stoffwechsel, besonders die Rückbildung und Ausscheidung der Rückbildungsprodukte, zu fördern, gleichzeitig aber tonisierende Wirkungen zu entfalten, um den Organismus für die angreifenden Medikamenten-Effekte empfänglicher zu machen und auf die lokalen Prozesse, durch Beherrschung von Zirkulation und Blutverteilung, Einfluſs zu gewinnen. Namentlich wird uns die Hydrotherapie bei der Behandlung der Lues wichtige Dienste leisten durch ihren Einfluſs auf mannigfache individuelle Komplikationen. Hierher rechne ich zunächst Schwächezustände, anämische Erscheinungen und bedenkliche Affektionen der Respirationsorgane, die eine alleinige angreifende medikamentöse Behandlung oft

kontraindizieren, wenigstens gefährlich erscheinen lassen. Zahlreiche schwächliche, blutarme, sehr herabgekommene Patienten sah ich bei dieser Methode gleichzeitig von Syphilis und Konstitutions-Anomalie befreit werden. In den meisten Fällen ist eine Kombination einer medikamentösen Behandlung mit der Hydrotherapie schon aus dem Grunde angezeigt, weil die Medikamentenwirkung in dieser Verbindung eine intensivere ist, und weil man bei dieser Kombination mit weit kleineren Dosen des betreffenden Medikamentes dieselben Wirkungen erzielt, wie mit viel größeren ohne dieselben. Häufig wird auch die Intoleranz mancher Konstitution gegen das Medikament durch die hier empfohlene Verbindung beseitigt. Weiter führt der Merkurgebrauch bei der Wasserkur in der ausreichenden Gabe zur Exstinktion der Krankheit, doch nur selten zur Salivation, was sich wohl daraus erklären dürfte, daſs hier höchst wahrscheinlich die Ausscheidung des Medikamentes weit rascher und vorwaltend durch andere Colatorien stattfindet. Wie wichtig endlich die durch die Hydrotherapie bewirkte Abhärtung bei der konstitutionellen Syphilis sei, geht am klarsten daraus hervor, daſs ich zahlreiche Kranke trotz Jod- und Schmierkuren selbst in der strengsten Jahreszeit und bei schlechter Witterung ohne den geringsten Nachteil täglich im Freien zubringen sah, so daſs bei dieser Methode die ganze Kur meist ambulatorisch durchgemacht wird."

Die von WINTERNITZ[18] geübte Hydriatik zerfällt in vorbereitende und eigentlich Schweiſs erregende Prozeduren. „Zu den ersteren gehören all jene, die die Zirkulation in der Cutis befördern, die Haut von allen Schlacken und Anhängseln, von allen in den Ausführungsgängen der Drüse steckenden, oft vertrockneten Sekreten befreien und die Abstoſsung der alten verhornten Epidermisschollen bewirken, wodurch das Hautorgan funktionstüchtiger wird. Hierher gehören alle kräftigen thermischen und mechanischen Reize, die erweichenden, bähenden, macerierenden und erwärmenden Prozeduren. Also kräftige, kalte Abreibungen oder Regenbäder, mit oder ohne vorausgehende feuchte Einpackung bis zur Erwärmung in der Dauer von $^3/_4$—$1^1/_2$ Stunden. Der Einpackung können auch Wasserdampfbäder mit nachfolgender Wärmeentziehung in obiger Weise substituiert werden. Nach dieser Vorbereitung wird zu den eigentlichen Schweiſserregungen geschritten. Diese werden erzielt in der früher geschilderten Art, durch Alkohol- oder Wasserdampfbäder und durch das eingreifendere Verfahren der trockenen Kotzeneinpackung. Weder Dampfkastenbäder noch trockene Schwitzpackungen dürfen in der Regel täglich gebraucht werden. Ich lasse zumeist, je nach der Dringlichkeit des Falles, jeden dritten oder zweiten Tag eine schweiſserregende Prozedur

[18] Über den Wert der Hydrotherapie zur Heilung der konstitutionellen Syphilis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1870. S. 105 ff.

anwenden, und zwar alternierend entweder trockene Packung oder Dampfbad. An den Zwischentagen werden tonisierende, den Stoffwechsel anregende, die Hautzirkulation und die insensible Perspiration fördernde, namentlich bei Hautsyphiliden sehr nützliche feuchte Morgeneinpackungen — $^3/_4$—$1^1/_2$ Stunden — mit darauffolgenden kühlen Halbbädern gegeben. Nach den Schweifsprozeduren werden ganz kalte Regenbäder, 16° Halbbäder oder kalte Vollbäder angewendet.

Die Schweifserregung wird in einzelnen Fällen, in welchen man eine möglichst rasche und energische Wirkung beabsichtigt, unterstützt durch nächtliche Stamm- oder Halbeinpackungen. Bei dieser Prozedur wird der Stamm oder die untere Körperhälfte in zwei bis drei nasse Leintücher und die Wolldecke gewickelt und die ganze Nacht in dieser Einwicklung gelassen. Wenn die Prozedur gut ausgeführt wurde, tritt meist im Laufe der Nacht profuser Schweifs ein, oft ist nur die insensible Perspiration eine so gesteigerte, dafs die Körpergewichtsabnahme beträchtlich den in der Nacht gewöhnlich eintretenden Verlust übertrifft.

Die unter mäfsig entziehender Diät, namentlich aber unter methodisch geregelter, wechselnder Wasserzufuhr und Wasserentziehung und gleichzeitiger spezifischer Medikation eintretenden grofsen Körpergewichtsschwankungen deuten darauf hin, dafs die Rückbildung und Anbildung nicht nur das Zirkulations-, sondern auch das stabilere Organeiweifs betreffen dürfte. Ist nun das syphilitische Virus, wie es scheint, mit dem Organeiweifs in Verbindung, so wird es bei den so sehr gesteigerten Ausscheidungen, vielleicht mit diesen, rascher den Organismus verlassen."

Ich will hier gleich einen Autor anschliefsen, der zwar erst viel später publizierte, doch als Assistent in Kaltenleutgeben ausschliefslich jene Methode schildert, die Winternitz heute daselbst noch übt, und natürlich auch nur die Anschauungen des Meisters wiedergibt. In den „Fortschritten der Hydrotherapie" (1887) schreibt Carl Pick: „Die Eruption nach erfolgter Infektion hintanzuhalten, wird uns mit der Hydrotherapie ebensowenig gelingen, als durch vorzeitig oder rechtzeitig eingeleitete Inunktionskur, Jodbehandlung oder aber durch Exzision des indurierten Ulkus. Es gibt eben keine Abortiv- oder Präventivkur bei der Lues. Der Nutzen, den der Kranke von der Wasserkur vor dem Auftreten der ersten Roseola hat, ist ein zweifacher: zunächst das subjektive Wohlbefinden, welches häufig ohne dieselbe durch die Kopf- und Gliederschmerzen wesentlich alteriert ist, ferner pflegt das Inkubationsstadium erheblich abgekürzt zu werden, und treten die erstzn Allgemeinerscheinungen früher zutage.

Bei dem makulo-papulösen Syphilide mit deutlichen Nuchal-, Axillar-, Cubital- und Inguinaldrüsenschwellungen pflegen wir feuchte Einpackungen des ganzen Körpers in der Dauer von ungefähr einer Stunde (bis zur gehörigen Erwärmung) mit darauffolgendem Halbbade in Anwendung zu

bringen und diese Prozedur mutatis mutandis bis zum Schwinden des Exanthems täglich des Morgens fortzusetzen. Gleichzeitig verabreichen wir innerlich ein bis zwei Gramm Jodkalium abends vor dem Schlafengehen in kleiner Quantität roher Milch. In dieser Form verträgt Patient das genannte Mittel in der Regel ohne die lästigen Erscheinungen von seiten des Magens, der Nasen- und Rachenschleimhaut. Dafs das Jod hierbei nicht das einzig wirksame Agens sei, beweist der Umstand, dafs ohne die Wasserkur Drüsenschwellungen und Exanthem ungleich länger persistieren. Es ist aber auch vorgekommen, dafs uns frische Fälle sekundärer Syphilis zugewiesen wurden, bei denen der vorher behandelnde Kollege die Einleitung einer Inunktionskur dringend empfohlen und gewünscht hatte. Hierbei mufsten wir bei gleichzeitig angewendeter Wasserkur ungleich weniger Quecksilber dem Körper einverleiben und erzielten vorzügliche Resultate.

Bei den Spätformen der Lues, serpiginösen Geschwüren der Haut, rezidivierender Iritis, Cyclitis, bei Knorpel- und Knochenaffektionen, Gummata und Tophi, wenn Gefahr einer dauernden Schädigung vorhanden ist, haben wir zumeist Dampfkasten- und Dampfwannenbäder, feuchte und trockene Einpackungen, Halb- und Vollbäder in Verbindung mit innerlicher Verabreichung von Jodpräparaten, seltener mit Hg-Inunktionen mit günstigem Erfolge zur Anwendung gebracht. Erwähnen will ich an dieser Stelle, dafs wir bei der Syphilisbehandlung ein grofses Gewicht auf eine rationelle, zweckdienliche Ernährung gelegt haben. Nicht immer ist es die sog. roborierende Fleischdiät, die dem Kranken ersprieſslich ist, und haben wir bei vorwaltender Milch- und vegetabilischer Kost nicht blofs dem Wunsche unserer Patienten Rechnung getragen, sondern auch das Körpergewicht zunehmen gesehen."

Aus den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts stammen zwei gröfsere Publikationen von JOHANN CZERWIŃSKI und FRIEDRICH PINOFF. Der erstere spricht sich[14] in anfangs sehr abschreckender, schliefslich jedoch weit zahmerer Weise über die Lues-Hydriatik aus, die er am Graefenberg unter JOSEF SCHINDLER (dem Nachfolger PRIESSNITZS) in 500 Fällen beobachtet haben will. „Der Ruf Graefenbergs gegen die Syphilis rührt einfach davon her, dafs man dort falsche Diagnosen aufstellt. . . . Sind die Syphilitiker halbwegs gut genährt, so lasse man sie zuvor spezifische Kuren durchmachen; einige Wochen einer solchen Kur haben mehr Wert als gleich viele Monate einer Wasserkur." Nur bei von vornherein sehr Schwachen oder im Verlaufe von spezifischen Kuren sehr Heruntergekommenen, ferner wenn die spezifische Kur nicht mehr verfangen will, „dann, aber

[14] Kompendium der Thermotherapie (Wasserkur). Kommissionsverlag von Karl Czermak, Wien 1875.

auch nur dann sind die Leistungen der Wasserkur wirklich grofsartige". Er bestätigt ferner aus eigener Erfahrung zwei auch von anderen beobachtete Tatsachen: 1. Das Auftreten einer Stomatitis höchsten Grades im Verlauf einer Wasserkur, wenn vor Jahren merkurielle Kuren vorausgegangen waren; 2. die Tatsache, dafs das erregende Wasserheilverfahren eine Reagens sei für latente Syphilis. „Nicht selten kommt es vor, dafs Leute, die vor Jahren an Syphilis gelitten, davon „vollkommen" geheilt worden waren, und deren Frauen und Kinder keine Spur von Syphilis zeigen, um anderer Leiden willen die Wasserkur unternehmen, und dafs nun die Syphilis sofort wieder zum Vorschein kam. Die Tatsache ist über allen Zweifeln erhaben". Zum Schlusse endlich erklärt unser Autor, wenn man die Hydriatik mit den spezifischen Mitteln kombiniere, so werde die Wirkung des einen Mittels durch die des andern aufserordentlich unterstützt. Gegen Merkurialismus sei die Hydrotherapie sogar das eigentliche Mittel.

Sehr ausführliche Angaben macht Friedrich Pinoff[15]. Er resumiert seine reichlichen Erfahrungen in folgenden Sätzen: „Der Initialaffekt, ferner die sekundären Symptome an Haut, Schleimhäuten und Lymphdrüsen werden in den meisten Fällen durch die Wasserkur allein geheilt, während die syphilitischen Affektionen des Periosts und der Knochen nur unter gleichzeitigem Gebrauche von Jod beseitigt werden können. Beim kombinierten Verfahren zieht er das unschädliche Jod dem gefährlichen Quecksilber vor. Hartnäckige Formen von Syphilis, welche lange Zeit Jod und Quecksilber Widerstand leisteten, werden hinterher meist durch die Wasserkur und entsprechende Diät geheilt, während andererseits wieder hartnäckige Formen von Lues, die der Wasserkur allein widerstanden, durch dieselbe zur Aufnahme spezifischer Mittel leichter disponiert und rascher und sicherer geheilt werden, als wenn die Wasserkur nicht vorangegangen wäre. Endlich bringe die Wasserkur eine latente Syphilis noch nach Jahren zum Vorschein und sei überhaupt das sicherste Reagens, ob jemand wirklich von Syphilis geheilt sei oder nicht. Unter allen Umständen und bei allen Formen sei das Wasser in seinen verschiedenen Modifikationen, gleichviel ob es zur Vorkur oder gleichzeitig mit Jod oder als Nachkur nach vorausgegangener spezifischer Kur gebraucht werde, das beste, weil zuverlässigste Korrigens und deshalb auch bei der spezifischen Behandlung der Lues nicht zu entbehren.

Seine Syphilis-Hydriatik lehnt sich ganz deutlich an Graefenberger Traditionen an. Bei kräftigen Personen verordnet er täglich am Morgen zwei- bis dreistündiges Trockenschwitzen mit nachfolgendem Tauchbad von ein bis zwei Minuten, bei weniger kräftigen diese ganze Prozedur

[15] Handbuch der Hydrotherapie. Otto Wigand, Leipzig 1879.

blofs einen Tag um den anderen und an den Zwischentagen zweistündige feuchte Einpackungen mit folgendem Halbbad von 10—12° und fünf Minuten Dauer. Dabei reduzierte Kost und reichliches Wassertrinken (drei bis vier Liter pro die). Ist der Kranke von Haus aus schwächlich oder durch Merkurgebrauch sehr heruntergekommen, so mufs er eine tonisierende Vorkur machen, in morgendlichen halbstündigen feuchten Einpackungen mit folgender Abreibung oder kühlerem Halbbad (16—18°) und leichter Fleisch- und Milchkost bestehend. Hat sich der Kranke allmählich erholt, dann kommen vorerst die langen feuchten, später die trockenen Packungen an die Reihe. In allen Fällen ist eine Leibbinde ständig zu tragen und die Kur bis zum Schwinden der Krankheit fortzusetzen. Ehe man den Kranken als genesen betrachten kann, mufs man ihn einer vier- bis sechswöchentlichen Nachkur unterziehen, bestehend anfangs (die ersten 14 Tage) aus zweistündigen feuchten Einpackungen in doppelten Laken mit abschliefsendem Vollbad oder Halbbad von 10—12° und viermal täglich gewechselter Leibbinde, späterhin in kurzen Einpackungen von 15—20 Minuten mit folgendem Halbbad von 16—18°. Die Hydrargyrose behandelt Pinoff anfangs mit derselben Vorkur, wie oben bei den schwächlichen Syphilitikern beschrieben wurde, späterhin mit der Hauptkur wie bei allgemeiner Lues.

In der 4. Auflage seines Lehrbuches der Syphilis (1882), wie schon in der 1., beschreibt Hermann Zeissl zuerst die Schwitzkuren, wie sie auf dem Graefenberge vor dem Jahre 1840 gegen Lues üblich waren, dann fährt er fort: „Es unterliegt keinem Zweifel, dafs syphilitische Infektionsherde unter der Kaltwasserbehandlung sich benarben. Es verringern sich sogar nach zwei- bis dreimonatlicher Dauer der Kur die Indurationen und schwellen zuweilen die indolenten Bubonen in etwas ab. Ja, wir halten es für möglich, dafs sich in einzelnen seltenen Fällen die Syphilis vollkommen erschöpfen mag. Unsere Erfahrung lehrt, dafs bei solchen Kranken, welche sich wegen ihrer rezenten, weder merkuriell, noch anderweitig behandelten Syphilis in die Kaltwasserkur begaben, höchst selten die Roseola syphilitica oder ein gleichmäfsig zerstreut stehendes papulöses Syphilid auftritt, aber desto häufiger beobachten wir Rachen- und Laryngealaffektionen, das Ausfallen der Haare, periostale Geschwülste, welche viel früher auftreten als bei ungestörtem Verlauf der Syphilis. Besonders häufig beobachten wir die Polyadenitis, und erfreuen sich diese Kranken nicht desjenigen guten Aussehens, welches bei anderweitigen, z. B. Rheumatismuskranken infolge der Wasserkur sich einzustellen pflegt. Syphilitische Krankheitsformen der späteren Phasen erfahren während der Kaltwasserkur eine auffallende Verschlimmerung. Es entstehen Haut-, Schleimhaut- und Knochengeschwüre und steigern sich die Knochenschmerzen. Vortreffliches aber leistet die Kaltwasserbehandlung bei solchen Kranken,

welche durch Mifsbrauch der Merkurialien und der Jodsalze oder durch die Syphilis selbst sehr herabgekommen sind, sowie bei jenen, die während mehrerer Monate unter hochgradiger Temperatur ununterbrochen einer Merkurial- oder Jodkur unterzogen und dadurch so empfindlich wurden, dafs sie beim geringsten Witterungswechsel von Rheumatismus und Rachenkatarrhen befallen werden." Leider unterliefs es ZEISSL anzuführen, wieviel er aus eigener Beobachtung weifs, und an wie vielen Fällen er diese gemacht, und wieviel er uns als Lesefrucht zitiert. Die Quellen, die er selber nennt, sind leider nicht die besten und einwandfreiesten.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 1. März 1904.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. BLASCHKO demonstriert eine Frau mit **eigentümlicher Haarfärbung**. Ihr sind nach totaler Alopecie des Kopfes die Haare anfangs weifs, später dunkel wiedergewachsen; die weifsen Haare nahmen nach einiger Zeit an ihrem Spitzenende in grofser Ausdehnung eine Gelbfärbung an, so dafs ein Teil der Haare an der Wurzelpartie dunkel, in der Mitte weifs und an der Spitze gelblich ist.

2. BLASCHKO demonstriert einen 39jährigen Mann, dessen Haut fast am ganzen Körper gerötet und verdickt, mehr oder weniger lichenisiert ist. Uneingefettet ist sie rauh und rissig, und die Affektion wurde daher von anderer Seite als Ichthyosis angesehen. Nur wenige gesunde Stellen an Rumpf, Armen, Ellbogen sind vorhanden und mit scharfer Grenze gegen die kranke Haut abgesetzt. An den Armen sind zwei kleine, harte Tumoren vorhanden. Der Fall wird als **Erythrodermie mycosique** oder als Vorstadium der Lymphodermia perniciosa angesprochen. Die Blutuntersuchung steht noch aus.

3. HELLER demonstriert einen 53jährigen Mann mit luetischen Unterschenkelgeschwüren, und eine Frau mit hereditärer Lues (Fehlen des Septum narium, Labyrinterkrankung, Zahnverlust), um seine Auffassung der **Atrophie der Zungenbalgdrüsen** nachprüfen zu lassen.

4. TH. MAYER demonstriert eine Dame mittleren Alters, welche seit sechs Wochen an einer starken Eruption von **DARIER**schen **Tuberkuliden** erkrankt ist (Tuberculides papulo-nécrotiques). Ein grofser Teil enthält frische nekrotische und eitrige Massen. Lokalisation Hände und Vorderarme, besonders volar, dazwischen vereinzelt weifse Narben. Daneben besteht Tuberkulose innerer Organe.

Diskussion: O. ROSENTHAL ist im allgemeinen mit den Ausführungen des Vortragenden einverstanden, gibt nur zu bedenken, ob nicht eine Eiterkokkeninfektion bei der auffällig schnellen Entwicklung differentialdiagnostisch in Betracht käme, zumal Ausbreitung und Sitz nicht typisch für die Form der Tuberkulide sei.

SAALFELD findet die Ähnlichkeit mit Folliclis grofs, die Beobachtungszeit aber noch zu kurz für eine sichere Diagnosenstellung.

Gebert hält auf Grund eines Falles seiner Beobachtung schnelles und massenhaftes Entstehen der Eruption nicht für einen Gegengrund gegen die Diagnose eines Tuberkulids.

Blaschko hält die Diagnose für ungewifs und die schnelle Entstehung gegen Tuberkulose sprechend.

Lesser möchte diese Krankheitsbilder nicht geradezu als tuberkulös bezeichnen, wenn auch häufig Tuberkulose daneben vorkommt. Die Affektionen können in sehr kurzer Zeit entstehen.

Saalfeld fand in Folliclisfällen, dafs die Eruptionen in gröfseren Mengen und in Intervallen rezidivierend auftreten. Die schnelle Entstehung kommt auch bei richtig tuberkulösen Ausbrüchen, z. B. Lupus follicularis, vor.

Immerwahr und Hoffmann fragen nach den Untersuchungsergebnissen des Pusteleiters; diese sind, wie Mayer, der seine Ansicht nochmals vertritt, angibt, noch nicht erhalten.

5. Th. Mayer demonstriert eine alte Frau mit Psoriasis, an deren Bauch sich **auf Psoriasisefflorescenzen Wucherungen** mit dunklen Krusten gebildet haben. Er zählt zum Vergleich die verschiedenen, in besonders hochgradiger Wucherung der Psoriasisflecke bestehenden Abweichungen vom gewöhnlichen Krankheitsbilde auf.

Diskussion: Pinkus hält die papillären Wucherungen für Geschwülste, möglicherweise maligner Natur, die mit dem Bilde der Psoriasis nichts zu tun haben und als zufällige Komplikationen aufzufassen sind, sogar wenn sie wirklich auf alten Psoriasisplaques entstanden sein sollten. Es handelt sich nicht, wie Mayer in der Erwiderung ausgeführt hat, um Akanthose und vermehrte Verhornung, sondern um Wucherung der ganzen Parenchymschicht und Krustenbildung durch eingetrocknetes Sekret.

Mayer will über letzteren Punkt die histologische Untersuchung abwarten; der Fall ist erst an demselben Tage zur Beobachtung gekommen.

6. Th. Mayer demonstriert eine alte Frau mit **Lichen planus der Hände, ganz besonders der Handteller.**

7. Arndt demonstriert ein Kind mit **Aplasia pilorum moniliformis** am ganzen Kopf. Die Haare sind kurz abgebrochen, ihre Follikelausgänge im Zustande des Lichen pilaris, so dafs der ganze Kopf sich reibeisenartig anfühlt. Auch an den Augenbrauen besteht diese Veränderung, während am Körper und den Gliedmafsen kein Lichen pilaris vorhanden ist. Ein Bruder des Kindes soll an derselben Affektion leiden.

8. Arndt demonstriert einen Mann mit rauher, rotumrandeter, grofser Plaque an der Unterlippe, bei welcher er die Diagnose zwischen **Lichen planus** und **Lupus erythematodes** unentschieden läfst, wenn er sich auch mehr der letzteren zuneigt.

9. Buschke demonstriert einen alten Mann mit blauroten infiltrierten Flecken an den Wangen, der Nase, den Ellbogen, Handrücken und über den Kniescheiben. Eine rauhe Stelle inmitten der Eruption am Nasenrücken deutet die Affektion als **Lupus erythematodes** an. Dabei besteht Anämie, Schmerzen in den Gliedern, kein Fieber. Bestand seit Weihnachten. Therapeutisch wird Chinin versucht werden.

Diskussion: Wechselmann hält den Fall für Herxheimer und Hartmanns **Acrodermatitis atrophicans** im Anfangsstadium.

10. Buschke demonstriert einen jungen Mann mit einem erbsengrofsen, mehrkammerigen Tumor in der Mitte der Unterlippe: **Lymphangioma capillare varicosum Török.**

11. Wechselmann demonstriert eine Frau, welche an der linken Wange seit drei Jahren an einer nach Exzision rezidivierenden, derb infiltrierten Affektion leidet, die

im mikroskopischen Präparat epitheloide Zellen, aber keinen typischen Tuberkelbau und keine Riesenzellen zeigt. Er rechnet die Affektion in das Gebiet der **Erythema induratum Bazin**.

12. Mankiewicz demonstriert mikroskopische Schnitte eines kleinen, vom Orificium externum urethrae exstirpierten, wohl **kongenitalen Tumors** mit gefalteter Zylinderepithelwand.

13. Fr. Lesser demonstriert mikroskopische Präparate von **normalem Zungengrund** und von **glatter Atrophie des Zungengrundes**.

Dermatologische Gesellschaft in Stockholm.

Originalbericht von Ludwig Moberg-Stockholm.

Sitzung vom 28. Januar 1904.

1. Möller stellt einen Fall von **Lupus erythematosus** des harten Gaumens vor. Der Patient hat aufserdem an der rechten Gesichtshälfte und ebenso an den Ohren ziemlich verbreitete Herde von Lupus erythematosus. Die Unterlippe ist geschwollen und gerötet, und mit Fissuren und sehr festsitzenden Schuppen bedeckt. An der linken Hälfte des harten Gaumens beobachtet man einen unregelmäfsigen Fleck, welcher wahrscheinlich durch Konfluenz von vier kleineren Effloreszenzen entstanden ist. Im Zentrum dieses Fleckes scheint die Schleimhaut wenig verändert zu sein, das krankhaft veränderte Gebiet aber tritt durch eine etwa 8 mm breite Randzone hervor, welche in Gestalt von Kreisbogen durch ihre lebhafte blaurötliche Farbe sich scharf von der Umgebung abhebt. Diese hyperämische Randzone, welche sich nur wenig über das Niveau der Schleimhaut erhebt, blafst beim Druck ein wenig, aber nicht vollständig ab.

Der Patient hat keine Beschwerden von dieser Lokalisation der Krankheit, welche übrigens erst bei der Untersuchung entdeckt worden ist.

2. Müllern-Aspegren stellt einen 37jährigen Herrn mit **multiplen Keloiden** vor. Der sonst gesunde Patient hat ziemlich viele Aknepusteln am Rücken und an der Brust. Die Keloide, welche in den zwei bis drei letzten Jahren entstanden sind, sitzen meistens an der Prästernalgegend und sind, wie es scheint, aus den Akneeffloreszenzen hervorgegangen. Die gröfsten erreichen eine Länge von etwa 5 cm, haben mehrere Ausläufer und haben ihren gröfsten Durchmesser senkrecht gegen die Längsrichtung des Körpers. Die kleinen Geschwülste werden zurzeit mit Elektrolyse behandelt.

3. Müllern-Aspegren stellt weiter einen Herrn mit **chronischem Ödem der Genitalorgane** nach doppelseitiger Exstirpation der Inguinaldrüsen vor. Die Drüsen sind vor zwei Jahren wegen Ulcera mollia mit Bubonen entfernt worden. Etwa vier Monate nach der Operation wurde eine Anschwellung der Genitalorgane bemerkt, diese ging aber nach einiger Zeit zurück. Die Schwellung trat doch vor acht Monaten wieder auf, und sie hat seit diesem immer zugenommen, bis sie durch die Behandlung in der letzten Zeit doch etwas vermindert worden ist. Am Penis und am Scrotum besteht indes fortwährend ein beträchtliches Ödem und das Scrotum, was sich besonders hart anfühlt, ist etwa kinderkopfgrofs. Die Hoden liegen aufwärts gegen die Leistenringe verschoben. In den Leistenfalten sind grofse glatte, eingesunkene Narben, und man kann keine Drüsen palpieren. — Der Patient klagt bisweilen über Schmerzen in den Hoden. Obgleich der Zustand in der letzten Zeit durch Massage, feuchtwarme Umschläge und Galvanisation sich etwas verbessert hat, mufs die Prognose jedenfalls als unsicher bezeichnet werden.

4. Möller demonstriert einen Fall von **Antipyrinexanthem.** Der Fall betraf einen 45jährigen Herrn, der seit zwei Jahren nach Antipyringebrauch mehrmals am rechten Handrücken einen gröfseren Erythemfleck bekam.

5. Möller demonstriert eine Frau mit **epitheloiden Hauttumoren,** welche aus einem Pigmentnaevus hervorgegangen sind. Die 48jährige Patientin hatte seit der Geburt am linken Fufsrücken einen dunkelbraunen, erbsengrofsen Fleck — am rechten Fufse besteht noch ein ähnlicher Pigmentnaevus —, der vor anderthalb Jahren allmählich gröfser wurde, bis er etwa die Gröfse einer Haselnufs erreicht hatte. Die kleine Geschwulst wurde mehrmals mit Höllenstein kauterisiert, ohne dadurch zum völligen Schwinden gebracht zu werden. Die erkrankte Hautfläche ist dann zweimal durch Exstirpation mit nachfolgender Transplantation entfernt worden, aber jedesmal traten Rezidive ein. Zurzeit ist am linken Fufsrücken ein kaum flachhandgrofses Gebiet, wo die Haut durch kleine, konfluierende, papelähnliche Geschwülste infiltriert ist. Die Papeln stehen am Rande mehr isoliert und sind nadelkopf- bis linsengrofs, platt, ziemlich fest, oberflächlich, und die meisten haben eine blafs gelbrötliche Farbe. Viel gröfsere, papillomatöse Vegetationen mit feinkörniger, feuchter, dunkelroter Oberfläche sind besonders zwischen den Zehen zu sehen. Es besteht keine Schwellung der Leistendrüsen. Eine hanfkorngrofse Geschwulst wurde exstirpiert, und die histologische Untersuchung ergab, dafs sie eine epitheliale Neubildung von naevusähnlichem Typus war. Da die Patientin die Amputation des Fufses verweigert hatte, beabsichtigte M. die Geschwulstmassen zuerst wegzukratzen und danach die Finsen-Behandlung zu versuchen.

6. Sederholm stellt einen Patienten mit **Pityriasis rubra pilaris** vor. Der bisher gesunde Herr bemerkte zuerst im November vorigen Jahres an der Stirn einen roten Fleck, welcher jedoch keine subjektiven Beschwerden hervorrief. Die Krankheit verbreitete sich allmählich über das ganze Gesicht und den Hals, und neue Herde entstanden am Stamme und an den Extremitäten. Das Gesicht ist gerötet, und es besteht eine feine Schuppung der Haut, aber fast keine Verdickung und kein Jucken. Unten am Halse, an der Grenze zur gesunden Haut, sieht man weifse, feste, miliäre Schuppen, die, wie es scheint, in den Follikeln lokalisiert sind. Ein ähnlicher Herd umfafst die Glutäal- und Inguinalgegend und streckt sich von den Oberschenkeln bis zu den Knien, welche frei sind. Man kann auch hier in der Umgebung isolierte kleine, harte, schuppende Papeln beobachten. An den Fufssohlen besteht Rötung und Desquamation, und die Hände und Arme sind ähnlich erkrankt. An der Streckseite der ersten Fingerphalangen sieht man charakteristische follikuläre Efflorescenzen.

7. Sederholm demonstriert ein neunjähriges Mädchen mit einer Affektion, welche in **hyperkeratotischen und parakeratotischen Hautveränderungen** besteht, aber über deren wahre Natur und Diagnose er noch unsicher ist. Das Mädchen hat im Gesicht eine schwache Rötung und feine Schuppung, welche an den inneren Teilen der Augenbrauen, der Nase, den Nasolabialfalten und der ganzen Umgebung des Mundes lokalisiert ist. An der Vorderseite des Halses sieht man ähnliche Veränderungen, aber je weiter unten, desto deutlicher bemerkt man, dafs kleine Hornzapfen aus den Follikeln hervorragen. Dieser Zustand setzt sich über den Rumpf fort und tritt auch deutlich in den Inguinalfalten und über den Innenflächen der Oberschenkel hervor. Durch diese kleinen hyperkeratotischen Prominenzen fühlte sich die Haut beim Darüberstreichen rauh wie ein Reibeisen an. Die Follikel zeigen sonst nur eine schwache Rötung. Die Begrenzung der Affektion ist nicht scharf, oben geht sie allmählich in die kleinschuppigen Veränderungen am Halse über. Es bestehen keine subjektiven Veränderungen, sonst ist das Mädchen gesund. Erst vor einigen Wochen wurde diese Affektion bemerkt, möglicherweise aber besteht sie doch schon lange.

Diskussion: Moberg ist der Ansicht, dafs auch der letzte vorgestellte Fall als Pityriasis rubra pilaris anzusehen ist. Die zentrale Lokalisation im Gesicht, wo die Krankheit oft in Form solcher fester, pityriasiformer Desquamation auftritt, ist ja bei Pityriasis rubra pilaris nicht selten. Charakteristisch scheint weiter die Lokalisation der follikulären Papeln an den Beugefalten — hier den Inguinalfalten — zu sein, welches Gebiet bei der gewöhnlichen Keratosis pilaris fast immer frei ist.

8. Arzelius berichtet über einen Fall von **Tuberkuliden** (Erythema induratum) der Unterschenkel und papulonekrotischen Tuberkuliden an den Fingern. Das Erythem an den Unterschenkeln war zuerst entstanden und damals als Erythema nodosum diagnostiziert, später trat eine Eruption der Hände auf, und auch die Halsdrüsen der einen Seite schwollen ziemlich beträchtlich an. Die 23jährige Patientin ist sonst gesund und hat keine tuberkulöse Antecedentia.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1904. Band 68, Heft 3.

I. **Das Wachstum der Haare in der Achselhöhle und der angeborene Defekt der Brustmuskeln**, von Moritz Schein-Budapest. Der Verfasser hat hinsichtlich des Haarwachstums folgendes allgemeine Gesetz aufgestellt: „Das Wachstum der Haare ist dem Flächenwachstum der Haut umgekehrt proportional", oder „Haarwachstum tritt dort ein, wo die Haut im Flächenwachstum zurückbleibt". Danach wird sehr leicht verständlich, weshalb die Behaarung der Achselhöhle in der Pubertät sich so rasch entwickelt, da um diese Zeit ein sehr reges Wachstum des Musculus pectoralis major und des Latissimus dorsi eintritt, während die Haut der Achselhöhle im Flächenwachstum zurückbleibt. Der Verfasser sucht nun an Beispielen eigener Beobachtung und aus der Literatur die Richtigkeit seines Gesetzes zu beweisen.

II. **Zur Frage der metastatischen Lymphdrüsenerkrankung beim Rhinosklerom**, von Alfred Kraus-Prag. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle von Rhinosklerom, die einen letalen Verlauf nahmen, und bei denen die Submaxillar- und Halsdrüsen vergrößert vorgefunden wurden.

Im ersten Falle ergab die histologische Untersuchung des Drüsengewebes lediglich „die Anzeichen eines in der Drüse sich abspielenden, subakuten, durch nichts speziell charakterisierten Entzündungsprozesses". Rhinosklerombazillen und die Mikuliczschen Zellen fanden sich nicht.

Dagegen ergab sowohl im ersten, wie im zweiten Falle die bakteriologische Untersuchung des Gewebssaftes und der Gewebsteile der Drüsse ein üppiges Wachstum von Rhinosklerombazillen in Reinkultur, die sich in nichts von den zu Lebzeiten der Patienten aus dem Geschwulstgewebe selbst gezüchteten unterschieden.

Im zweiten Falle liefsen sich auch histologisch Rhinosklerombazillen in den Drüsen nachweisen.

III. **Zur Lehre von den Talgdrüsengeschwülsten**, von Richard Kothe-München. (Schluſs.) Die Ergebnisse seiner Betrachtungen resumiert Verfasser in folgenden Schlufssätzen:

„1. Als Adenome bezeichnen wir solche Geschwülste, die aus wirklich neugebildetem, dem normalen Gewebe in seinem Bau entsprechenden Drüsengewebe be-

stehen, in welchen eben die vermehrte Wachstumstendenz das Wesentliche darstellt, während die sekretorische Tätigkeit herabgesetzt ist.

2. Die multiplen, miliaren, symmetrischen Talgdrüsengeschwülste des Gesichtes (Typus Pringle) dürfen nicht mit den systematisierten Talgdrüsennaevi (Jadassohn) identifiziert werden. Sie gehören auch ätiologisch wahrscheinlich nicht zur Gruppe der Naevi und sind als wirkliche Adenome aufzufassen. Auch in unserem Falle handelt es sich um ein solches „Adenoma sebaceum disseminatum".

3. Talgdrüsenadenoma kommen ferner in einer zweiten, klinisch verschiedenen Form vor, nämlich als umfangreichere, vereinzelte, nicht symmetrische Geschwülste, die sich an verschiedenen Stellen des Körpers lokalisieren können, meist aber die Kopfhaut und das Gesicht bevorzugen. („Adenoma sebaceum circumscriptum.")

4. Der mikroskopische Befund bei diesen beiden Typen von Talgdrüsenadenomen ist vollkommen gleich.

5. Neben den reinen Adenomen kommen in denselben klinischen Formen Neubildungen vor, die aus epithelialen, in ihrer äußeren Form an Talgdrüsen erinnernden Massen zusammengesetzt sind, und wahrscheinlich auf der Basis eines Adenoms durch Wucherung des Randepithels der Drüsenacini (sowie auch des Epithels der Talg- und Haarfollikel) entstehen (Epitheliom resp. Adenoepitheliom). Die klinisch dem „Typus Pringle" entsprechenden epithelialen Tumoren werden meist als Epithelioma adenoides cysticum („Epithelioma sebaceum disseminatum"), die anderen als „Epithelioma sebaceum circumscriptum" bezeichnet.

6. Bei beiden Formen von Epitheliomen dürfte es sich um eine auf einem Übergangsstadium von Adenom zum Adenomcarcinom stehende Neubildung handeln."

IV. **Zur pathologischen Anatomie des Herpes progenitalis**, von W. Kopytowski-Warschau. Verfasser hat oft Gelegenheit gehabt, bei stationären Kranken Herpeserkrankungen als Komplikation ihres Hauptleidens zu beobachten. Die Herpeseruption trat gewöhnlich im Frühjahr und Herbst auf.

Histologisch zeigen die Blasen selbst in verschiedenen Fällen im ganzen gleiche Veränderungen. Einzelne Differenzen sind durch die verschiedenen Stadien der Erkrankung bedingt.

In der Blase findet man degenerierte Epithelzellen, polynukleäre Gebilde und Leukocyten. Man kann folgende Typen unterscheiden:

„1. Homogene oder längliche Klümpchen, zuweilen mit Resten bläschenförmiger Kerne oder mit geschrumpften, intensiv gefärbten Kernen; zuweilen beobachtet man mehrere geschrumpfte Kerne. Letztere sind oft von leeren Räumen umgeben. Die Klümpchen enthalten oft feinkörniges Pigment.

2. Homogene, spindelförmige, längliche Hornplättchen zum Teil in Gruppen, kernlos oder mit Spuren von Kernen in Gestalt grober oder feiner Körnchen.

3. Ödematöse große Zellen mit großen, ovalen, teils homogen intensiv, teils nur in der Mitte und am Rande oder nur randständig gefärbten Kernen. Das Protoplasma dieser Zellen ist meist spärlich, schwach konturiert, zerfließt an den Rändern; seltener begegnet man deutlich konturierten, schwachfaserigem Protoplasma.

4. Ähnliche Zellen mit zwei, drei und mehr eiförmigen Kernen. In der Regel färben sich alle Kerne eines solchen Gebildes gleich. Seltener findet man in einer Blase verschiedene Typen polynukleärer Zellen."

Vergleicht man die pathologisch-anatomischen Befunde bei Herpes progenitalis mit denen bei Herpes zoster, so findet man bei beiden eine völlige Analogie der histologischen Bilder trotz des differenten klinischen Aussehens. Man kann annehmen, daß beide Krankheiten eine gleiche Ätiologie besitzen, oder daß die ätiologischen Momente sehr ähnlich sind.

Verfasser war in der Lage, durch Untersuchungen von Serienschnitten des Herpes progenitalis in verschiedenen Stadien den Ausgangspunkt des Prozesses zu bestimmen. Der Infektionskeim stammt aus den Gefäßen der Cutis oder der Papillen und ruft zuweilen in den Bindegewebszellen, stets aber in den Epithelien entzündliche Reaktion, Degeneration und Koagulationsnekrose hervor. Gleich bei Beginn des Prozesses tritt leukocytäre Infiltration hinzu, welche, zumal bei Nekrose der Zellen, zunimmt. Aus uns unbekannten Gründen kann der Prozeß im Beginn am längsten in der Cutis lokalisiert werden, wo er entzündliche Herde hervorruft: in denselben treten gruppenweise epitheloide, ein- bis mehrkernige Zellen auf, sowie homogene Klümpchen mit Kernresten, schließlich polynukleäre Gebilde als Resultat der Nekrose.

Im Gegensatz zu Unna, der die Heterogenität der Prozesse bei Zoster und Herpes progenitalis betont, hält Verfasser auf Grund seiner Untersuchungen die beiden Krankheitsformen vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus bis in die Einzelheiten hinein für vollkommen identisch.

V. **Insonte, oberflächliche (Ano-) Genitalgeschwüre bei Frauen**, von E. Welander-Stockholm. In den Jahren 1896—1903 hatte Verfasser Gelegenheit, im Krankenhause zu St. Göran 20 Frauen mit eigentümlichen Ano-Genitalgeschwüren zu beobachten, welche er für eine Krankheit sui generis ansieht.

Das Aussehen der Geschwüre wird folgendermaßen beschrieben: „Die Umgebung des Geschwürs ist in der Regel gar nicht inflammiert, sie sitzt auf der normalen Haut oder der Schleimhaut. Die Geschwüre sind in der Regel rund oder oval, zwar oberflächlich, aber mit deutlich markiertem Substanzverlust, sie haben einen gräulichen Boden, der zuweilen ins Gelbe sticht; die Sekretion aus ihnen ist nicht reichlich, sie ist schleimig und mit Eiter gemischt. Die Geschwürskanten sind in der Regel scharf konturiert, oft so scharf, daß man glauben könnte, sie seien mit einem Messer geschnitten; der Rand der Geschwürskante selbst hat in der Regel eine eigentümliche stark rötliche Farbe, die sowohl von dem Geschwürsboden, sowie von dem kleinen infiltrierten Wall, der das Geschwür umgibt, absticht. Dieser Wall unterscheidet sich, was die Farbe betrifft, ganz unbedeutend von der umgebenden gesunden Haut oder Schleimhaut. Ganz ausnahmsweise sind die naheliegenden Drüsen angeschwollen."

Von subjektiven Beschwerden der Patienten sind, wo mehrere größere Geschwüre vorhanden, Schmerzen beim Gehen, beim Urinieren. Das Allgemeinbefinden ist sehr selten gestört.

Welches der Anlaß zu diesen Geschwüren sein kann, vermag Verfasser nicht mit Bestimmtheit anzugeben. Wahrscheinlich sind sie bakterieller Natur, wenngleich sich bis jetzt nicht eruieren ließ, welche spezifische Bakterienart als Krankheitserreger anzusehen sei.

Unter geeigneter Behandlung reinigen sich die Geschwüre und heilen schließlich je nach der Größe nach längerer oder kürzerer Zeit mit Hinterlassung einer Narbe ab.

Am häufigsten werden diese insonten Geschwüre mit Ulcera mollia verwechselt. Letztere greifen jedoch tiefer und zeigen die verschiedensten Formen (runde, spaltenförmige, follikuläre usw.); der Geschwürsgrund ist gelb, stark Eiter sezernierend, die Ränder sind ungleichmäßig gezackt und ebenso wie die Umgebung mehr oder weniger stark entzündet. Die benachbarten Drüsen sind oft geschwollen und schmerzhaft.

In sozialer Beziehung, damit nicht unschuldige, weibliche Personen ungerechtfertigter Weise der Prostitution bezichtigt werden, ist es notwendig, die insonten Ano-Genitalgeschwüre von venerischen genau unterscheiden zu lernen.

VI. **Die Blastomykose**, von A. Buschke-Berlin. In Referaten gibt der Verfasser einen Überblick über die wichtigsten Punkte der Blastomykosenfrage.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologisches Centralblatt.

Band VII, Heft 4.

1. **Beitrag zur Trombophlebitis luetica im Frühstadium**, von Anton Blumenfeld-Breslau. Die Erkrankungen der Venen im Frühstadium der Syphilis sind wenig bekannt. Im August 1903 kam auf die Neisserschе Poliklinik ein typischer Fall von Venenerkrankung im sekundären Stadium. Es handelt sich um einen 22 Jahre alten Mann, der sich Ende Februar 1903 bei einer Puella publica infiziert hatte und am 15. März zuerst mit einem Ulcus durum in die Poliklinik kam, am 25. April folgte ein ausgebreitetes makulöses Exanthem, welches nach Injektion von Hydrargyrum salicyl. schwand. Nach drei Monaten zeigten sich Plaques muqueuses im Munde, die lokal behandelt wurden, einen Monat später bemerkte man papulöse Infiltrate an den Fufssohlen. Am 15. August verspürte Patient plötzlich ziehende Schmerzen im rechten Unterschenkel. Auf der inneren Seite des rechten Unterschenkels zeigte sich eine diffuse Schwellung, welche die unteren zwei Drittel des Unterschenkels einnahm. Bei der Palpation fühlte man in dieser Schwellung einen $1^1/_2$—2 cm breiten, derben, äufserst schmerzhaften Strang, der dem Verlaufe der Vena saphena magna folgte. Derselbe ist unter der Haut nicht verschieblich. Anscheinend den Venenklappen entsprechend zeigt der Strang deutliche Einkerbungen. Das Spannungsgefühl schwand schon zwei Tage nach einer Injektion von 0,05 g Kalomel vollständig, es folgten dann Injektionen von Hydrargyrum thymolaceticum à 0,1, nach der sechsten Injektion war der Strang völlig verschwunden, er erhielt im ganzen zehn Injektionen und war nach zweimonatlicher Pause noch völlig symptomfrei.

2. **Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten**, von Eduard Richter-Plauen i. V. (Schlufs.) Eine Zusammenstellung zumeist löslicher Quecksilbersalze kann gegen Syphilis und Blennorrhoe zugleich wirksam sein. Die prozentuarische Zusammensetzung der Zusammenstellung mufs so sein, dafs die Desinfektionskraft erhalten bleibt und dennoch Läsionen der Urethra nicht eintreten können. Die Schutzkraft der Quecksilbersalze wurde erprobt 1. bei Blennorrhoe, 2. bei florider und 3. bei sekundärer Syphilis. In allen Fällen wirkte die Salbeninjektion selbst zwei Tage post coitum günstig, und ist es zweckmäfsig, dafs „Schutzbesteck Dr. Richter", welches die Firma Dr. Graf & Co., Berlin, Gürtelstr. 25, liefert, einzuführen. Es enthält neben einer gedruckten Anweisung mit Hinweis auf die Gefahren des aufserehelichen Verkehrs ein Stück Byrolinseife und zwei Gelatinetuben, weifs und rot. Die weifse ist mit einem Pulver, bestehend aus Borsäure, Talkum und Zinkoxyd gefüllt, die rote ist mit dem eigentlichen Desinfiziens versehen. Letzteres wird bis zum Bulbus urethrae gebraucht, es besteht aus Salbengrundlage und $^1/_2$ pro Mille Sublimat, desgleichen Salicylquecksilber und Hydrargyrum succinimidatum, sowie kleineren Dosen von Hydrargyrum vivum und Resorcin. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Monatsberichte für Urologie.

1903. Heft 11.

100 Fälle von Urethrotomia interna, von C. Bruni-Neapel. B. rühmt den inneren Harnröhrenschnitt als diejenige Behandlungsmethode der Strikturen, welche am wenigsten Rezidive zuläfst, und welche nach den Erfahrungen an seinen 100 Fällen ungefährlich und auch bei vorhandenen schweren Blasen- und Nierenaffektionen keine Nebenerscheinungen mit sich bringt. Nach den vom Verfasser gemachten Beobachtungen lassen sich übrigens die Indikationen für die Urethrotomia interna bedeutend erweitern: Strikturen, die jedem Versuch von gradueller Dilatation Trotz bieten, rezidivierte Strikturen, bei welchen sich die früher mit Erfolg angewandte Dilatation

diesmal als nutzlos erweist, seien heutzutage dank dieser Operation immer noch einer Heilung zugänglich. Wichtig ist, dafs acht Tage nach der Urethrotomie mit systematischer Dilatation begonnen wird; B. nimmt dieselbe einen Tag um den andern vor, und zwar mit den gewöhnlichen Sonden nach Bernigué-Guyon, wovon er in jeder Sitzung hintereinander drei Nummern einführt; auch der Kollmannsche Dilatator hat sich manchmal als nützlich erwiesen. Nach der Dilatation wird eine ausgiebige antiseptische Irrigation nach der Methode von Janet vorgenommen (Spülflüssigkeit auf 37—40° erwärmt). Das zweite wichtige Postulat, dessen Erfüllung das Fernresultat der Operation günstig beeinflufst, ist die Fortsetzung der Dilatation bis zu den höchsten Nummern. Aus den Krankengeschichten seiner 100 Fälle, die B. kurz resumiert wiedergibt, ist es ihm deutlich in die Augen springend, dafs von Rezidiven alle diejenigen Kranken befallen worden sind, die die Dilatation nach der Operation vernachlässigt bezw. in mangelhafter Weise ausgeführt haben. Aus seinen verschiedenen Folgerungen treten also hauptsächlich die zwei Punkte hervor: Die Ungefährlichkeit der Urethrotomie und ihre guten Fernresultate hinsichtlich der Rezidive, vorausgesetzt, dafs die Urethritis genügend lange, und die Dilatation in oben genannter Weise mit Ausdauer behandelt wird.

1904. Heft 1.

Zur Frage der funktionellen Nierendiagnostik, von Wilhelm Karo-Berlin. (Aus Prof. Caspers Privatklinik.)

Die Hämaturie, von S. Albarran. (Eröffnungsvorlesung des Wintersemesters 1903 in der École de médecine de Paris; mitgeteilt von Alex. Gellert-Karlsbad.) A. teilt die Hämorrhagien der Harnorgane (Niere, Blase, Prostata) nach dem allgemeinen Prinzip von Lancereaux in angiopathische, hämo- und neuropathische ein. Bei ersterer Art ist die Ursache meist ein Trauma, direkt von aufsen nach innen wirkend, oder auch eine indirekte bei stark kongestioniertem Gefäfssystem (Harnretention, akute Nephritis). Bei der zweiten Art waren entweder von äufserer (Gewalt) oder innerer Einwirkung die Gefäfswände schon pathologisch verändert, z. B. bei Neubildungen, Endarteritis oder irgend einer allgemeinen Ursache, oder das Blut hat eine Veränderung in seiner chemischen Zusammensetzung oder den geformten Bestandteilen erfahren — hämolytische Substanzen bei toxisch-infektiösen Krankheiten oder auch hämolytische Beschaffenheit des Harnes selbst; hierher gehören die Hämaturien bei der Gruppe der Autointoxikationen, bei digestiven Intoxikationen, bei Erkrankungen der Leber usw. Bei der dritten Gruppe, der neuropathischen, unterscheidet A. wieder zwei Unterabteilungen, die Folgen einer einfachen Neurose, vor allem der Hysterie, und die schweren Störungen im Nervensystem, z. B. bei Encephalomyelopathien, bei allgemeiner Paralyse; es handelt sich dabei immer um angioneurotische Blutungen. Die Aktion des Nervensystems ist ausschliefslich als rein provokatorischer Eingriff anzusehen, der nur die Kongestion als nächststehende Ursache für die Hämorrhagie abgibt; die Pathogenese dieser Kongestion ist dominierend von der Harnröhre bis zur Niere und der Leitstern für die Therapie. Schliefslich erinnert A. daran, dafs alle drei genannten Formen auch gemischt vorkommen können, man aber in jedem einzelnen Falle nach dem Vorhandensein organischer Läsionen im Urogenitalsystem forschen müsse. *Stern-München.*

The British Journal of Dermatology.

Band 16. Februar 1904.

I. **Über einen Fall von Paget's Disease des Nabels,** von T. C. Fox und J. M. H. MacLeod. Ein 65jähriger, sonst körperlich gesunder Mann hatte seit ca.

elf Jahren in der Umbilicalregion eine runde, affizierte Stelle, deren Zentrum eine glänzend rote Farbe aufwies und exulceriert war, während der peripherische Teil einen deutlich markierten, erhabenen, glatten, breiten, abschüssigen Rand zeigte, über dem die Cuticula intakt war. Die ganze Stelle fühlte sich beträchtlich infiltriert an und widerstand den angewandten Mitteln hartnäckig durch Jahre hindurch, bis sie durch totale Exzision beseitigt wurde.

Die Resultate der histologischen Untersuchung werden ausführlich mitgeteilt und mit den in der Literatur publizierten Fällen verglichen.

1. Die ganze histologische Architektur bei der Paget'schen Krankheit des Nabels war selbst in den Details den typischen, an der Brustwarze lokalisierten Fällen sehr ähnlich.

2. Anzeichen einer maligne n Veränderung in der Epidermis, wie sie von verschiedenen Autoren behauptet worden ist, waren im vorliegenden Falle nicht vorhanden. Die Veränderungen zeigten keine größere Maligmität im Beginn, wie gewöhnliche Warzen oder die warzigen Gewächse bei Xeroderma pigmentosum oder Pigmentmäler. Man kann sie höchstens als präcanceröse Erscheinungen betrachten, welche eine mehr oder minder starke Kraft besitzen, bösartig zu werden.

3. Die allgemeinen histologischen Merkmale lassen auf einen chronisch-entzündlichen Prozefs schliefsen, welcher die Papillen ergreift und zur Proliferation, Ödem, Degeneration der Epidermiszellen und zur Bildung einer resistenten Zellinfiltration in der oberen Schicht des Coriums führt. Der Prozefs erinnert in mancher Beziehung an Lupus erythematosus, unterscheidet sich jedoch von letzterem durch seine Neigung zur malignen Infiltration, während jener zumeist mit Atrophie und Narbenbildung seinen Abschlufs findet.

4. Die vorliegenden Ergebnisse haben keine volle Klarheit in die Ätiologie dieser eigentümlichen präcancerösen Dermatitis mit nachfolgendem Carcinom gebracht. Sie bestätigten vor allem nicht die Theorie von Darier und Wickham, dafs die degenerierten Zellen in der Epidermis Coccidien wären und die Krankheit verursachten.

II. **Über die Plasmazellen, die „kleinen Rundzellen" und die Zellen der chronischen Entzündung im allgemeinen,** von Arthur Whitfield. Nach einer kritischen Durchsicht der einschlägigen Literatur zieht der Verfasser aus seinen Betrachtungen über die Plasmazellen folgende Schlüsse:

Bei einer chronisch-entzündlichen Reizung sammeln sich an der Stelle dieser Reizung Zellen an, welche von den Lymphocyten und den grofsen mononukleären Zellen des normalen Blutes nicht zu unterscheiden sind. Sie werden zuerst und in gröfsten Mengen besonders in der Nachbarschaft der Kapillaren und kleinen Venen erzeugt. Viele dieser Blutgefäfse sind von ihnen vollgepfropft. Es ist nicht unwahrscheinlich, dafs die mononukleären Zellen des Blutes vom Endothel abstammen, und dafs von derselben Quelle her die Lymphfollikel sich entwickeln mögen. Die kleinen mononukleären Zellen oder Lymphocyten stammen in der Mehrzahl nicht von den Plasmazellen ab, und die Bezeichnung als „Tochterplasmazellen" erscheint deshalb nicht ganz einwandsfrei.

Am wahrscheinlichsten ist der Ursprung der lokal produzierten Zellen im Endothel der Gefäfse und der perivaskulären Räume zu suchen.

Die Funktion dieser Zellen ist noch unbekannt. Wahrscheinlich ist mit ihnen ein gewisser Grad von lokaler Immunität verknüpft.

III, **Ein Fall von Erythromelalgie,** von F. P. Weber. Vor 2—3 Jahren empfand die 36jährige Patientin, deren innere Organe stets gesund waren, zeitweilig während des Sommers Brennen in beiden Füfsen. Im Jahre 1902 begannen dieselben anzuschwellen, sich stark zu röten und schmerzhaft zu werden, so dafs die Kranke

monatelang ans Bett gefesselt war. Sowohl bei Kälte, wie bei Hitze scheint das Leiden sich zu verschlimmern.

Die Inspektion ergibt bei der Aufnahme der Patientin an beiden Füfsen, am linken mehr als am rechten, rot oder bläulich verfärbte, geschwollene, schmerzhafte, vom Schwitzen feuchte Zehen. Der ganze Fufs fühlt sich heifs an. Die Symptome steigern sich, wenn die Beine herabhängend gehalten werden, sie vermindern sich bei horizontaler Lagerung und auf die Einwirkung des faradischen Stromes. Auch andere Körperteile, namentlich Gesicht und Hände, scheinen, wenn auch in ungleich geringerem Mafse, von der Affektion befallen zu sein, die sich hier nur mehr in Hyperämie mit Hyperidrosis äufsert. Die Reflexe sind normal; ebenso fehlen andere Anzeichen einer Nervenkrankheit. Deshalb sieht der Verfasser den Fall als eine „idiopathische Form der Erythromelalgie mit gelegentlicher Neigung zur Ausbreitung oder Diffusion" an. Er erinnert an die „lokale Asphlyxie" der Raynaudschen Krankheit.

C. Berliner-Aachen.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Band 22. Februar 1904.

I. **Tuberöses Jodkaliumexanthem, das histologisch ein Epitheliom vortäuschte,** von D. W. Montgomery-San Francisco. Es handelte sich um einen 52jährigen Mann, der sich vor ca. 15 Jahren syphilitisch infizierte und später vielfach mit Geschwüren zu tun hatte. Gegen dieselben brauchte er mit gutem Erfolge eine „Patentmedizin", die, wie es scheint, Jodkalium enthalten hat. Eine Zeitlang ging es ihm gut, bis er im Anschlufs an eine Verletzung wieder zahlreiche Geschwüre bekam, welche auf die Patentmedizin jedoch nicht verschwinden wollten. Im Gegenteil, es entwickelten sich, als ein Arzt eine regelrechte Jodkaliumkur einleitete, an den verschiedensten Körperstellen knotige Erhabenheiten, die vielfach an Mykosis fungoides erinnerten. Auf der Stirn, über den linken Augenbrauen, befand sich ein solcher charakteristischer, grofser, runder, roter, glatter Tumor, der mit einer dicken, braunen Kruste bedeckt war. Entfernte man die letztere, so zeigte sich eine unebene, eiterige, leicht blutende Fläche.

Behufs mikroskopischer Untersuchung wurde ein dreieckiges Stück vom Tumor exzidiert. Das histologische Bild zeigte zahlreiche Nester mit atypischen Epithelzellen erfüllt, so dafs man ein Epitheliom vor sich zu haben glaubte.

Der Verfasser bespricht die Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Jodtumoren und erörtert die Frage, ob der Patient überhaupt luetisch infiziert gewesen sei,

Die Heilung des Falles erfolgte nach Aussetzen der Jodmedikation und lokaler antiseptischer Behandlung.

II. **Atypische Erscheinungen der Ichthyosis,** von M. A. Mosrs - New York. Nach einigen kritischen Bemerkungen über die Einteilung der Ichthyosis beschreibt der Verfasser einen typischen Fall der einfachen Form „Ichthyosis simplex" bei einem idiotischen Knaben, der an einer gangränösen Pneumonie zugrunde gegangen ist Von Interesse war in dem Falle die Kombination der Ichthyosis mit dem „Mal perforant du pied". Allerdings war die letztere Affektion erst ein Jahr vor dem Tode des Knaben aufgetreten in Form von kleinen, teils oberflächlichen, teils tiefer, bis auf die Knochen greifenden Geschwüren an den Sohlen und Rücken beider Füfse. Die Ichthyosis dagegen bestand seit der Geburt. — Im histologischen Bilde war von hervorragendem Interesse das vollständige Fehlen der Talgdrüsen in der von verschiedenen Körperstellen exzidierten und untersuchten ichthyotischen Haut. Ebenso fehlten an vielen Stellen auch die Schweifsdrüsen.

Diese beiden Umstände erklären vielleicht die Tatsache, dafs die an Ichthyosis leidenden Patienten nicht schwitzen und eine vollständig trockene Haut haben. Somit könnte der Mangel der Talg- und Schweifsdrüsen für die Ätiologie der Ichthyosis verwertet werden.

Die übrigen histologischen Befunde entsprechen denen bei Ichthosis simplex.

III. **Ein Fall von Mykosis fungoides, behandelt mit X-Strahlen,** von A. E. Carrier-Detroit. Ein 75jähriger Amerikaner hatte sich früher stets einer guten Gesundheit erfreut, bis er vor zwölf Jahren einen stark juckenden, durch Röte und feine Abschuppung charakterisierten Ausschlag bekam, der vom Arzte als Ekzem erklärt und mit innerlichen Gaben von Arsenik vertrieben wurde. Eine Zeitlang hatte der Patient Ruhe, als eine neue, intensivere Attacke ihn befiel, die ihn nicht mehr verliefs. Vor ca. drei Jahren bekam er in der linken Kniekehle einen erbsengrofsen, mit feinen Schüppchen bedeckten Knoten, der im Laufe der Zeit bis zur Gröfse einer kleinen Orange gewachsen ist. Andere ähnliche, aber kleinere und nicht schuppende Tumoren entwickelten sich an den Hüften, am Gesäfs, Abdomen, Rücken und einzelne in der Achselhöhle. Die Affektion, welche von verschiedenen Ärzten als hochgradiges Ekzem angesehen wurde, verursachte dem Patienten unerträgliches Jucken. Verfasser zählte über 3000 stecknadelkopf- bis kleinorangengrofse, frei bewegliche, normalfarbige, über die ganze Hautoberfläche verteilte Tumoren. Frei waren nur Gesicht, Hände, Arme und Beine unterhalb der Kniegelenke. Die gröfseren Tumoren fühlten sich hart, die kleineren weicher an. Spontan verschwunden sind in den letzten Jahren keine mehr.

Der Patient wünschte vor allem von seinem entsetzlichen Jucken befreit zu werden. Die gewöhnlichen Applikationen hatten keinen nachhaltigen Effekt. Verfasser beschlofs nun, den Juckreiz durch Röntgenstrahlenbehandlung zu mildern, ohne den Gedanken zu haben, dafs die Tumoren dadurch günstig beeinflufst werden könnten. Am 17. August 1903 wurde die Behandlung begonnen und die X-Strahlen in täglichen Sitzungen auf die Efflorescenzen der vorderen und hinteren Thoraxfläche gerichtet. Es wurde eine sechszöllige Röhre von mäfsig niedrigem Vacuum verwendet. Die Expositionen wurden in einer Entfernung von fünf Zoll ausgeführt und dauerten fünf Minuten. Am 20. August wurde der erste Effekt der X-Strahlen in Bronzefärbung der Haut wahrgenommen. Der Juckreiz war geringer; die Tumoren zeigten noch keine Veränderung. Am 2. September war die Haut weit dunkler, stellenweise schwach erythematös. Das Jucken hatte ganz aufgehört; einige der kleineren Efflorescenzen waren verschwunden, neue hatten sich nicht mehr entwickelt. Von dem Effekt überrascht, richtete Verfasser die Behandlung auf einen bestimmten Hautbezirk, in welchem er 300 Tumoren gezählt hatte. Die Expositionen geschahen täglich. Die Tumoren verschwanden rapide. Der gröfste in der Kniekehle wurde in zehn Minuten dauernden Sitzungen behandelt und bildete sich bis zur Höhe des Hautniveaus zurück, nur eine tief pigmentierte, etwas infiltrierte Hautstelle hinterlassend. Am 10. November war, abgesehen von einzelnen pigmentierten Stellen, nichts mehr von der ganzen Krankheit vorhanden; keine Indurationen, keine Abschuppung, kein Erythem, keine Tumoren und kein Jucken. Die beigegebenen Aufnahmen vor und nach der X-Strahlenbehandlung zeigen den ganz eklatanten Erfolg deutlich.

IV. **Ein Fall von Aktinomykosis,** von H. J. F. Wallhauser-Newark. Der 28jährige, früher stets gesunde Patient bekam vor vier Monaten am Kinn ein kleines Knötchen, aus dem er mit den Fingern etwas Eiter ausdrückte. Eine Woche später entstand an derselben Stelle eine Schwellung, die allmählich wallnufsgrofs wurde. In der Nachbarschaft am Kinn und am Halse entwickelten sich ähnliche Knoten, die schliefslich zu einer grofsen, festen, indurierten Masse verschmolzen. Als der Patient

in Behandlung kam, bestand beträchtliches Ödem des Gesichtes bis hinauf zu den Augenlidern.

Die ganze befallene, von einem Ohr bis zum anderen sich erstreckende Partie am Halse und Kinn zeigte eine knotige Beschaffenheit, purpurrote Farbe und eine von zahlreichen Öffnungen durchbohrte Oberfläche. Die subjektiven Beschwerden waren bei der Ausdehnung der Affektion verhältnismäfsig gering, ebenso das Allgemeinbefinden nur wenig gestört. Temperatur und Puls waren nur mäfsig erhöht. Unter Applikationen und Ausspülungen mit

Acid. boric. 45,0
Acid. salicyl. 24,0
Aq. destill. ad. 500,0

verschwand das Ödem gänzlich, und die knotigen Massen bildeten sich zurück. Nach achtwöchentlicher Behandlung war mit Hinterlassung pigmentierter, vertiefter Narben fast Heilung eingetreten. Durch die Nachlässigkeit des Patienten kam es später zu einem Rezidiv, das unter derselben lokalen Behandlung und innerlichen Gaben von Jodkalium zum Schwinden gebracht wurde.

Die mikroskopische Untersuchung der charakteristischen gelben Aktinomyceskörnchen ergab als Hauptbefund Leukocyten, wenige polynukleäre Zellen, rote Blutkörperchen und Detritus. Einige Staphylokokken und Streptokokken waren konstant vorhanden. Dagegen konnte der Strahlenpilz nicht nachgewiesen werden. Kulturen auf Glycerinagar hatten ein negatives Ergebnis.

V. Neuere Untersuchungen über die Protozoen als Ursachen von Krankheiten, von J. T. Bowen-Boston. Zur Zeit der kleinen Pockenepidemien in Boston im Jahre 1901 und 1902 bot sich Gelegenheit, an Pockenkranken in vivo, wie auch an Leichen die Pockenpusteln eingehend zu studieren und mit ihnen an Tieren, namentlich Affen, zu experimentieren. Aus diesen Untersuchungen hat sich ergeben, dafs bei den ersten Anzeichen des Pockenausschlages in den Zellen des Rete mucosum kleine, strukturlose Körper von 0,5—1 μ im Durchmesser auftreten. Sie nehmen an Gröfse zu, und damit macht sich eine strukturelle Differenzierung bemerkbar, indem der Körper in zwei Teile zerfällt, von denen der eine grofse Verwandtschaft zum Chromatin zeigt und der andere die indifferente Farbe des Cytoplasma annimmt. Die Gebilde wachsen bis zu einer Gröfse von 8 μ bis 12 μ, und um diese Zeit zerfällt die chromatinähnliche Substanz in eine Anzahl kleiner Gebilde, welche den ersten, im Beginn beobachteten ähnlich sehen. Diese Entwicklung der Organismen geht in einem bestimmten Zyklus vor sich. Alle Gebilde liegen in Vakuolen im Cytoplasma.

Wenn dieser Zyklus vollendet ist, beginnt ein zweiter Zyklus seine Entwicklung im Kern. Die ersten Stadien derselben konnten nicht wahrgenommen werden. Doch scheint es, dafs die durch Vervielfältigung produzierten Gebilde des ersten Zyklus in den Kern eintreten und nach einer komplizierten Entwicklung Sporoblasten bilden, welche aus einem grofsen zentralen Raume und einer Reihe kleinerer, peripher gelegener Räume bestehen. In diesen letzteren entwickeln sich Sporen von 0,37 μ bis 0,50 μ, welche das eigentliche infektiöse Material der Pocken darstellen.

Bei der Vaccinia kommt es nur zur Entwicklung des ersten Zyklus. Intranukleäre Formen der Gebilde treten hier nicht auf.

Interessant waren die Untersuchungen in einem Scharlachfalle, der 48 Stunden nach dem Auftreten des Exanthems letal endete. In einzelnen Hautschnitten wurden zahlreiche Gebilde beobachtet, die man in zwei Gruppen einteilen konnte; die erste bestand aus runden, länglich ovalen und gelappten, verschieden grofsen Gebilden von 2—7 μ. Sie lagen gewöhnlich zwischen den Epithelzellen der unteren Epidermisschichten und auch im Protoplasma der Zellen, hier in Vakuolen und den Kern imi-

tierend. In geringerer Anzahl fanden sie sich auch in den Lymphgefäßen und Lymphräumen der obersten Coriumschichten.

Die zweite Gruppe ist durch eine feine, strahlige Struktur charakterisiert. Die Gebilde finden sich hier sowohl in Vakuolen des Protoplasmas von Epithelzellen, als auch frei in den oberen Lymphräumen und Gefäßen des Coriums, hier oft in Gruppen von zwei zu vier Exemplaren. Sie variieren in der Größe von 4—6 μ und haben gewöhnlich sphärische Gestalt. Sie bestehen aus einem zentralen, runden Körper, um welchen sich 10—18 sehr kleine, schmale Segmente gruppieren, welche an die oben beschriebenen, peripherisch gelegenen kleinen Gebilde bei der Variola erinnern. Auf der Zunge und in inneren Organen wurden sie nicht vorgefunden.

Zugunsten der Annahme, daß diese Gebilde Protozoen seien, spricht die Tatsache, daß sie eine wohlunterschiedene und charakteristische Morphologie haben, welche mehr oder weniger vollkommen dem Zyklus der asexuellen Entwicklung des Malariaparasiten entspricht.

Die beschriebenen Untersuchungen wurden von den Professoren Councilman und Mallory in der pathologischen Abteilung der Harvard medical School vorgenommen.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1904. Heft 1.

Über Erythemato-Sklerosen und ihre pemphigoide Varität, von Ch. Audry-Toulouse. Die Erythemato-Sklerosen gehören zu der grossen Gruppe des Erythema chronicum, haben aber außerdem das Besondere, daß ihre einzelnen erythematösen Elemente zur fibrösen Hyperplasie, zur Sklerose neigen. A. verwahrt sich dagegen, sie als besondere Dermatosen aufzufassen, er erblickt in ihnen nur Syndrome. Sie lassen sich erstmals in zwei größere Gruppen, in eine lokalisierte und in eine disseminierte Form, scheiden: jede dieser Gruppen zerfällt wieder in Unterklassen, und zwar die erstere in: α) die Erythemato-Sclerosis cirinata des Handrückens, β) die Erythemato-Sclerosis mit anderweitiger Lokalisation; die letztere in drei Unterklassen; davon ist eine von Hutchinson beschrieben, zu der zweiten haben Du Bury, R. Crocker und C. Williams, sowie Smith Fälle mitgeteilt, die dritte endlich wird von A. selber auf Grund einer Beobachtung aufgestellt und als Erythemato-Sclerosis pemphigoides bezeichnet.

Es handelte sich in seinem Fall um ein siebenjähriges, sonst gesundes Kind, bei dem vor zwei Jahren ohne jede Veranlassung und ohne jede Beschwerde rotblaue, runde Flecke am ganzen Körper aufgetreten waren. Wenige Tage später bildeten sich plötzlich auf gesunden Hautstellen, besonders des Unterkörpers — die roten Flecke blieben grundsätzlich verschont —, kleine, mit hellem Serum gefüllte Blasen, die barsten und innerhalb vier Wochen, unter Zurücklassung oberflächlicher Narben, wegtrockneten. Später kam es noch einmal zu solcher Blasenbildung; die roten Flecke blieben im ganzen, abgesehen von ihrer Neigung zum Sklerosieren, unverändert. Über die Ursache, die Pathogense und die nosologische Bedeutung der verschiedenen Varietäten der Erythemato-Sklerosen ist noch nichts Genaueres bekannt; vielleicht sind sie der Ausdruck einer chronischen Säfte-Vergiftung (Intoxikation).

Beitrag zum Studium des Pemphigus vegetans-Neumann, von R. Stanziale-Neapel. In einem tötlich verlaufenen Fall von Pemphigus vegetans hat St. zwei Bazillenarten gefunden. Der eine, den er kurzweg als Pseudo-Diphtheriebazillus bezeichnet, stimmt in seinen wesentlichen Zügen mit dem Bazillus überein, den Waelsch in mehreren Fällen von Pemphigus vegetans beobachtet hat. Der andere, von Waelsch

in seinen diesbezüglichen Veröffentlichungen nur flüchtig erwähnt, ist ein Diplo-Bazillus und wurde von St. im klaren Inhalt der Bläschen und im Blut beobachtet. Er besteht aus einem ganz kurzen Stäbchen von 0,4—0,8 μ : 0,2—0,4 μ und erscheint meistens zu zweit; bei oberflächlicher Betrachtung meint man, einen Diplococcus vor sich zu haben. Er hat eine geringe Beweglichkeit, färbt sich mit den üblichen Anilinfarben, aber nicht mit Gram, scheint für die Tiere nicht pathogen. Er wächst auf Agar und auf Bouillon mit Blutzusatz, auf dem Serum von Hunde- und Kälberblut usw. Milch bringt er nicht zum Gerinnen und entwickelt kein Gas; Sero-Diagnostik positiv.

St. schliefst aus seinen vielfachen Untersuchungen, dafs sowohl diesem Diplo-Bazillus wie dem von ihm und Waelsch gefundenen Pseudo-Diphtheriebazillus eine pathogenetische Bedeutung für den Pemphigus vegetans-Neumann zukomme.

Ein Fall von Lichen verrucosus der Kopfhaut, von Emery und Umbert. Der Lichen verrucosus sitzt gewöhnlich an den Vorderflächen der Unterschenkel, und sein Vorkommen an anderen Stellen des Körpers bildet ein aufserordentliches Ereignis. Ein derartiger Fall wird hier beschrieben. Der Hinterkopf des 47jährigen Patienten war in einem Umfange eines Zehncentimes-Stückes erkrankt; die Ränder dieser harten, trockenen und fast ganz kahlen Plaque sind gegen ihre Umgebung um 3—4 mm erhaben. Sie ist mit festhaftenden Schuppen bedeckt, die mit zahlreichen, kleinen, regelmäfsig verteilten Punkten besät sind; diese Pünktchen scheinen den Follikel- oder Schweifsdrüfsen-Öffnungen zu entsprechen. — Auch an der Kniegegend — ob rechts oder links oder beiderseits, wird nicht gesagt — befindet sich eine Plaque von Lichen hypertrophicus. Die Neubildungen waren unter sehr heftigen Schmerzen entstanden, eine früher vorhandene Ischias verschwand mit ihrem Erscheinen. *Türkheim-Hamburg.*

Annales de therapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1904. Bd. IV, Nr. 2.

Die Entdeckung der Syphilisvaccine, von L. Butte-Paris. Von einem belgischen Arzte, Ed. Demachy in Brüssel, ist folgende Theorie aufgestellt worden: Variola ist eine Krankheit, welche aus den vor Urzeiten beim Rinde entstandenen Kuhpocken sich entwickelt hat, dadurch dafs dieselbe auf den Menschen übertragen und bei diesem ohne Unterbrechung, ohne Zwischenglieder oder Rückverpflanzung auf das Tier, fortgepflanzt ist, bis sie den ihr jetzt eigentümlichen Grad der Virulenz angenommen hat. In ähnlicher Weise ist die Entstehung der Syphilis aus einer ursprünglich bei Tieren sich vorfindenden, jetzt wohl verschwundenen Krankheit X zu erklären. Als Träger derselben sind nach den geschichtlichen Merkmalen das Lama und das Alpacka zu bezeichnen. Wenn man also diese Tiere mit Syphilis infiziert, wird eine Krankheit entstehen, die im gleichen Verhältnis zur Syphilis steht, wie die Kuhpocken zur Variola, und die Möglichkeit bietet, den Menschen gegen Syphilis zu immunisieren. — Natürlich bespricht B. diese erstaunliche Mitteilung mit einer entsprechenden Portion von gelindem Sarkasmus.

1904. Bd. IV, Nr. 3.

Die Frage von den Quecksilberinjektionen, von Ed. Desesquelle-Paris. (Schlufs.) Von allen den zu diesem Zwecke empfohlenen Mitteln hat D. die befriedigendsten Resultate mit Hydrargyrumbenzoat erzielt. Zwar verursacht das Mittel auch Schmerzen und erzeugt zuweilen Indurationen, doch sind diese Nachteile bei richtiger Handhabung (Einspritzen möglichst bis auf die Grenze zwischen subcutanem Fettgewebe und Muskulatur) nicht erheblich. Mehr als 2 ccm soll man nicht auf einmal

injizieren. Die antisyphilitische Wirkung soll sehr prompt und deutlich sein, und Intoxikationserscheinungen seien selten. Die geringsten nachteiligen Nebenwirkungen erzeugt nach D.s Erfahrungen das Karbolquecksilber, Hermophenylquecksilber, doch ist dessen therapeutische Wirkung eine entschieden schwächere. Mit Sublimat hat er, auch in isotonischer Lösung, die bekannten sonstigen Nachteile eintreten sehen. Das gleiche gilt vom Hg bijodür. Im ganzen bespricht Verfasser 25 dieser Mittel; die hier genannten kommen aber in erster Linie in Betracht.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Juni 1902. Band II. Heft 1 u. 2.

1. **Ein Fall von prävesikaler Phlegmone**, von B. Asakura-Tokio. Der fragliche Patient klagte über Schmerzen in der Peniswurzel, im Hodensack und in der Symphyse, welche beim Urinieren nach der Penisspitze strahlten. Fieber bisweilen, doch zeigte sich keine Abnormität in der Genitalgegend. Erst nach drei Wochen konstatierte man im prävesikalen Raum einen weichen Gegenstand, der, richtig als Phlegmone erkannt, mit gutem Erfolge operiert wurde. Was die Entstehung der Krankheit betrifft, so ist dieselbe entweder aus primären äußeren Ursachen (Traumen) abzuleiten oder als sekundäre Erscheinung nach Entzündungen im Gebiete der Genitalien sowohl wie der Beckenhöhle zu betrachten. Die Krankheit wurde meist bei Frauen beobachtet, sie dauert mehrere Wochen, die Prognose ist nicht sehr günstig. Therapeutisch empfiehlt sich Inzision oberhalb der Symphyse nach vorangegangener schichtweiser Präparierung der Bauchmuskeln wie bei Sectio alta.

2. **Die Geschichte der Alopecia areata**, von T. Ono-Tokio. Ein Überblick über die chinesische, japanische und europäische medizinische Literatur über die Alopecia areata. In der chinesischen findet sich schon vor 1700 Jahren eine kurze Beschreibung, später bezeichnete man sie als Herzkrankheit, da sie auf innere Störungen zurückgeführt wurde. In Japan wird die Alopecia areata zuerst vor 950 Jahren erwähnt, 40 Jahre später widmet Tamba Jasuyou ihr ein längeres Kapitel, während in der europäischen Literatur zum erstenmal bei Moses im Leviticus davon die Rede ist, der Name Alopecia stammt von Hippokrates, später führte Celsus den Namen Area Celsi ein. Die Ursache wird von einem Teil der Autoren im Eindringen von Parasiten, von anderen in einer Ernährungsstörung, von den dritten in inneren und äußeren Ursachen gesucht.

3. **Ein Beitrag zu den Bromexanthemen**, von R. Moriyasu-Tokio. Bei drei Fällen von Bromexanthem fand Verfasser Hypertrophie der Epidermis, und zwar Verlängerung des Rete Malphighii, leichte entzündliche Infiltration der subpapillären Schicht, besonders starke Infiltration um die Haarwurzeln, resp. um die Haarfollikel herum. Die Bromexantheme sind daher eine Art von Foliklitiden.

4. **Ein seltener Fall von Lymphangitis in Komplikation mit strichförmiger Hauterkrankung**, von T. Nishimura-Kioto. Verfassers Fall stimmt fast genau mit dem von Heller im 12. Heft des *Intern. Atlas seltener Hautkrankh.* als „strichförmige Hauterkrankung der unteren Extremität" bezeichneten Falle überein, was auch das beigegebene Bild bestätigt.

September 1902. Heft 3.

1. **Untersuchung einiger in Tokio beobachteter Fälle von Tuberculosis verrucosa cutis**, von K. Asahi-Tokio. Die tuberkulösen Hautaffektionen sind in Japan relativ selten, die Tuberculosis verrucosa cutis ist immerhin noch häufiger als der Lupus vulgaris. Verfasser beschreibt drei Fälle aus der Klinik Dohis. Bei allen

konnte er histologisch zahlreiche Käseherde mit Langhansschen Riesenzellen und Tuberkelbazillen innerhalb und aufserhalb der Zellen konstatieren, wie es auf zwei beigefügten Bildern ersichtlich ist. Die Tuberculosis verrucosa cutis unterscheidet sich vom Lupus vulgaris klinisch vor allem durch das Fehlen von sogenannten Lupusknötchen, histologisch aber durch das Vorkommen viel zahlreicherer käsiger Herde und zahlreicherer Tuberkelbazillen, und ferner dadurch, dafs die Affektion auch solche Individuen betrifft, die nichts mit den menschlichen oder tierischen Leichen zu tun haben. Bei dem ersten Fall ist die Infektion wahrscheinlich durch den Tuberkelbazillen enthaltenden Harn oder das Sputum vermittelt worden, während bei den anderen Fällen eher Impftuberkulose mittels kratzender Nägel vorliegt, die Lokalisation kann aufser den Händen auch andere Körperteile betreffen.

2. **Über eine in der Gegend von Shanghai herrschende Hautkrankheit — Ödema cutis circumscriptum acutum?** von H. Yamada. Die Krankheit beginnt mit oder ohne Prodromalerscheinungen, bald darauf erfolgt eine nicht ganz scharf umschriebene ödematöse Anschwellung der einen oder beider Wangen mit Spannung und leichtem Kribbeln. Diese Schwellungen verschwinden nach 2—5 Tagen spontan und spurlos, kehren jedoch meist nach einigen Wochen wieder und zwar besonders nach Alkoholgenufs. Aufser den Wangen kann auch Brusthaut und Extremität befallen werden. Sie kommt auch in Soochow, Kanchow, Hankau, Wuchang vor. Therapeutisch bewährte sich Salicyl und Chinin.

Dezember 1902. Heft 4 u. 5.

1. **Nachruf an Rudolf Virchow und Senkai Nagayo,** von K. Dohi.

2. **Der gegenwärtige Stand der Venerologie,** von K. Dohi. Nach kurzer Entwicklung der Lehre der drei venerischen Krankheiten geht er zu einer näheren Besprechung der Syphilis über, deren einzelne wichtige Zeitfragen er etwa in nachstehender Reihenfolge zu behandeln versucht. 1. Das Syphilisvirus. 2. Initialsklerose und Ulcus mixtum. 3. Über Pathogenese der sekundären und tertiären Syphilis. Nach seiner Erfahrung wird die Lues auch im tertiären Stadium nur durch Quecksilber und nicht durch Jod geheilt, die tertiären Symptome ebenso wie die sekundären werden durch das Syphilisvirus unmittelbar bewirkt, und zwar in Kombination mit einer Gewebsumstimmung. Das Quecksilber wirkt als Antilysin eventuell auch als Antitoxin, und zwar zieht D. die Einreibungs- und Injektionskur vor. Die Welandersche Sackbehandlung, sowie die Blaschkoschen Merkulintschürzen leisten als Nachkur gutes; von interner Quecksilberdarreichung hält D. wenig. Er ist Anhänger der chronisch-intermittierenden Behandlung und betrachtet die Jodpräparate nur als Unterstützung, sie wirken antitoxisch. Auch die thermale Behandlung hat eine nebensächliche Bedeutung, die Serumtherapie wird nur leicht gestreift.

3. **Über den Ursprung der Syphilis in Ostasien,** von Y. Fujikawa. Zuerst den Ursprung der Syphilis in China besprechend, zitiert Verfasser aus Hoü-i-ahuo: „Gegend Ende der Periode Kodi herrschte unter dem Volke ein durch die Kantonesen eingeschleppter bösartiger Ausschlag, der bis dahin im Norden völlig unbekannt, den Namen des Kantonesischen Ausschlages erhielt.“ Verfasser meint, dafs die Seuche vielleicht 1486—1505 oder etwas später, also kurz nach der Fahrt der Portugiesen nach Indien und Goa zum erstenmal in den Verkehrshäfen im Süden von China beobachtet wurde. Von da wurde sie nach Japan eingeschleppt.

4. **Die Verbreitung der venerischen Krankheiten,** von T. Okamura. Die venerischen Krankheiten sind überall, nur Zentralafrika und einige Südseeinseln sind noch davon verschont, besonders verseucht ist Japan, wo 60—70% der erwachsenen Männer an Blennorrhoe leiden. Der Prozentsatz der drei venerischen Krankheiten ist Blennorrhoe 69%, Syphilis 25% und Ulcus molle 6%.

5. **Über die Prophylaxis der venerischen Krankheiten**, von N. Ashihara. Im ersten Teil werden allgemeine Maßregeln zur Prophylaxe der venerischen Krankheiten und die Prostitutionsfrage behandelt, die nichts Neues bringen. Im speziellen Teil behandelt A. die hygienisch-prophylaktischen Maßnahmen gegen die einzelnen Krankheiten.

6. **Über die Behandlung der Syphilis**, von M. Sasakawa. Da nur der erste Teil der Arbeit in diesem Heft vorhanden, folgt Referat erst in der nächsten Nummer.

7. **In welchem Stadium der Syphilis soll die Allgemeinbehandlung mit Quecksilber beginnen?** von Y. Tsutsui. Verfasser reproduziert die verschiedenen Meinungen und deren Gründe, er selbst rät zur Quecksilberbehandlung im sekundären Stadium. Wenn aber die Initialsklerose 1. während der Schwangerschaft, 2. im Gesicht, und zwar an der Mundlippe unter Auftreten intensiver Schmerzen, 3. in der Urethra, 4. an innerer Fläche oder Vorhaut der Phimose eintritt, so will er sofort Hydrargyrum anwenden.

März 1903. Band III. Heft 1 u. 2.

I. **Beitrag zur Histologie der leprösen Haut**, von Sakurane-Ösaka. Die Untersuchungen S.s, die er durch sechs beigegebene mikroskopische Bilder erhärtet, gipfelt in folgenden Sätzen:

1. Die Leprabazillen liegen sowohl intra- wie extracellulär.

2. Die extracellulären Bazillenkolonien bilden in der Haut oft lange Züge.

3. Die Globi sind Querschnitte solcher Bazillenzüge in den Lymphräumen wie in den Lymphgefäßen. Daneben können aber auch solche Globi vorkommen, deren Entstehung wohl der Auflösung der mit Bazillen gefüllten Zellen zuzuschreiben ist.

4. Die Bildung von Anästhesie in der Haut bei Nervenlepra entsteht entweder durch die direkte Einwirkung der Bazillen auf die periphere Nervenendigung, oder sie kann indirekt durch die Läsion, im Verlaufe der Nervenstämme oder im Zentralnervensystem selbst verursacht werden.

II. **Über eitrige Entzündung im Verlaufe der Lepra, insbesondere der Knotenlepra**, von T. Sugai-Tokio. (Fortsetzung folgt.)

III. **Statistik über Ulcus molle bei den Prostituierten**, von A. Mori. Von den 12000 Kranken der Krankenhäuser bei Tokio und Nagoya waren 9669 venerisch erkrankt, davon 25,1 % an Ulcus molle, von diesem saßen 21,7 % am Introitus vaginae, 11,6 % an Portio vaginalis, 10,5 % auf der Vaginalwand usw. Das Alter der Patienten stellte sich wie folgt: 3,5 % waren 18—20 Jahre, 44,7 % 21—25 Jahre, 51,2 % über 26 Jahre alt. Therapeutisch zieht M. Ätzung mit reiner Karbolsäure anderen Ätzmitteln vor. Bei Schanker an freien Rändern wird durch Exstirpation und nachfolgende Nähte die Heilungsdauer verkürzt, in hartnäckigen Fällen empfiehlt sich der Thermokauter oder Heißluftbehandlung. Am hartnäckigsten sind die Schanker am Scheideneingang, an der Portio vaginalis und der Vaginalwand. Phagedämische Schanker kommen häufiger am Muttermunde, an der Fossa navicularis und an der Innenseite der Labia minora vor.

Juli 1903. Heft 3 u. 4.

I. **Über Lupuscarcinom**, von Ashihara-Sendai. Originalartikel ist im *Arch. f. Dermatol. u. Syphil.*, Bd. 57, erschienen.

II. **Über eitrige Entzündungen im Verlaufe der Lepra, besonders der Knotenlepra**, von T. Sugai-Tokio. Durch klinische, bakteriologische und histologische Studien der eitrigen Entzündungen im Verlaufe der Lepra kam Verfasser zu folgenden Schlüssen: Die eitrige Verschmelzung der Lepraknoten ist meist die Folge von Mischinfektion mit Staphylococcus aureus et albus. In einzelnen Fällen jedoch

findet man nur Leprabazillen im leprösen Eiterherd, sie scheinen also auch allein die Fähigkeit zu haben, eitrige Entzündung zu veranlassen. Das eitrig zerfallene Lepragewebe ist selbst bei Mischinfektion sehr arm an flüssigen, und ungemein reich an festen Bestandteilen, bestehend aus fixen Zellen und meist mononukleären Leukocyten. Verfasser führt dieses vor allem auf die durch Einwanderung der Leprabazillen veranlaßte krankhafte Veränderung der Gefäßwände in dem und um das Lepragewebe zurück, infolge deren einerseits die Ernährung des Lepragewebes und anderseits die Auswanderung der Leukocyten erschwert wird. Setzt sich aber die eitrige Verschmelzung der Lepraknoten weit in das umgebende Gewebe fort, so ist der Vorgang durchaus nicht von einer gewöhnlichen Entzündung zu unterscheiden. Dann werden die Leprabazillen leicht durch die Lymphbahn in den Blutkreislauf verschleppt, um dann plötzlich leproše Eruptionen an entfernten Stellen zu veranlassen. Verfasser erreichte durch Injektion von sterilisierter Bouillonkultur von Staphylokokken in die Lepraknoten eine leicht entzündliche Infiltration mit nachfolgender Verschmelzung der Knoten, die dann schnell vernarbten.

III. **Ichthargan gegen Blennorrhoe,** von T. Kinoshita-Tokio. Verfasser empfiehlt Ichthargan bei akutem Tripper in Form von 1 : 3000 bis 1 : 100 besonders 1%ig beim Manne, ½ %ig beim Weibe.

IV. **Ein Fall von Adenoma sebaceum s. Naevi symmetrici faciei,** von K. Dohi. Bei einem zwölfjährigen Mädchen kommen auf beiden Wangen und Nasenflügeln hirsekorngroße, rundliche, bräunlichgelbe, flache Knötchen vor. Die Farbe ist teilweise wegdrückbar. Sie flachen sich unter Druck momentan ab wie Cysten, heben sich aber beim Aufhören des Druckes rasch wieder über das Hautniveau empor. Ihre Konsistenz ist elastisch weich. Es handelt sich scheinbar um Naevi symétriques de la face (Hallopeau). Bisher wurde noch kein ähnlicher Fall in Japan gesehen.

September 1903. Heft 5.

Bericht über den dritten Kongreſs der Japanischen Dermatologischen Gesellschaft. Mittwoch und Donnerstag, den 1. und 2. April 1903, in Tokio. Nach einer Eröffnungsansprache des Präsidenten Dohi folgten die Begrüßungsreden des Herren Hofrat Bälz, Prof. Scriba und Dr. jur. Morita. Dann sprachen Yamane und Kurimoto zur Begründung der Japanischen Gesellschaft zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten und Katayama über Dojin-Kai, eine Gesellschaft zur Einführung der modernen Medizin in China und Korea. An Vorträgen und Diskussionen wurde folgendes geboten:

Tsutsui-Chiba, Referat über die Therapie der Bubonen.

Diskussion: Terada-Tokio, Kurabayashi-Takasaki, Tsutsui, Momose-Tokio.

Sasakawa-Tokio, Referat über die Pathologie und Therapie des Ulcus molle.

Diskussion: Okamura-Tokio.

Kinoshita-Tokio, Beiträge zur Behandlung von Ulcus molle und Bubonen.

Kojima-Tokio, Demonstration des Ducreyschen Bacillus im Gewebe des weichen Schankers.

Nakamura-Tokio, Über die Behandlung von Ulcus molle.

Yabe-Tokio, Demonstration einer Kultur Ducreyschen Bacillus nach Besançon, Griffon et Sourd.

Dohi-Tokio, Demonstration von Abbildungen der gemischten, extragenitalen und Impfschanker.

Komoto-Tokio, Über das Gumma der Augenhöhle.

Diskussion: Dohi.

Yamada, Demonstration eines Falles von Syphilis pustulosa mit Periostitis tibiae.

Momose-Tokio, Über die Therapie der Blennorrhoe.

Yamada-Tokio, Über seinen elektrischen Harnröhrenwärmer zur Behandlung der Blennorrhoe.

Mori-Tokio, Über die Blennorrhoe des Uterus.

Terada-Tokio, Statistik der venerischen Krankheiten bei den Prostituierten im Susakispital in Tokio.

Kinoshita-Tokio, Statistik der venerischen Krankheiten bei den Prostituierten im Yoshiwaraspital in Tokio.

Shidahei-Tokio, Pathologie und Therapie der Cystitis tuberculosa.

Sakurane-Osaka, Referat über die Therapie der Lepra.

Diskussion: Sugai-Tokio.

Yamada, Statistische Mitteilung über die Verbreitung der Lepra bei den Wehrpflichtigen in Japan.

Yamada und Iwasaki, 1. Bakteriologische Untersuchung des Nasensekretes bei den Leprösen. 2. Über die Lokalisation der leprösen Hautveränderungen.

Diskussion: Kinoshita-Tokio.

Tagushi-Tokio, Anatomie der inguinalen und subinguinalen Lymphdrüsen.

Kurita, Über eine eigenartige multiple Hautgeschwulst, ausgegangen von den Haarfollikeln.

Matsura-Kioto, Die Dickenschwankungen des Kopfhaares bei den gesunden und kranken Menschen.

Asahi, Über einen neuen pathogenen Fadenpilz des Haares.

Marumo-Tokio, Über eine seltene Haarkrankheit.

Tagaki-Tokio, Ein Fall von Myxödem behandelt mit Jodothyrin.

Yema-Kioto, Ein Fall von Mykosis fungoides.

Diskussion: Dohi.

Okamura, Ein Fall von Hyperkeratosis subungualis.

Diskussion: Tanaka-Tokio.

Nakahara-Tokio, Einige Fälle von Morbus Werholfii.

Diskussion: Shidahei-Tokio.

Kano-Tokio, Demonstration einiger Pemphigusfälle.

Kuroda-Tokio, Beitrag zur Behandlung der Scabies.

Hanawa-Tokio, Über die Behandlung des Ekzems, speziell über Bromokoll als juckstillendes Mittel.

Kure, Ein durch die Feuerwärme bewirktes Hautexanthem bei den Geisteskranken.

Diskussion: Asano-Tochigi.

Tanaka-Tokio, Über Xeroderma pigmentosum mit Krankenvorstellung.

Miyata-Tokio, Demonstration einer Dermoidcyste, entstanden aus der grofsen Fontanelle.

Toyama-Tokio, Über die Therapie von Psoriasis vulgaris mit Krankenvorstellung.

Kano-Tokio, Über die Wirkung von Thiosinamin mit Krankenvorstellung.

Dohi-Tokio, Tuberkulöse Erkrankungen der Haut bei den Japanern und Demonstration der Kranken, Abbildungen und Moulagen aus seiner Klinik: Lupus vulgaris (3), Scrophuloderma (7), Lichen scrophulosorum (3), Ulcus tuberculosum miliare an der Rachenwand (1), Tuberculosis verrucosa cutis (9).

Dohi, Schlufswort. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bücherbesprechungen.

Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Haut, von Fritz v. Waldheim. (Franz Deutike, Leipzig und Wien, 1904.) Die Pathologie der Haut weist immer wieder auf das Stratum Malpighii als den wichtigsten Bestandteil der allgemeinen Decke, der in seinem Ernährungszustand wohl völlig abhängig ist von den Gefäßen der darunterliegenden Cutis, diesen aber übergeordnet ist. Die Gefäße sind der Stachelzellen wegen da, daher ist die Kenntnis der Physiologie und Pathologie des Stratum Malpighii äußerst wichtig. Um diese zu erlangen, muß man über die Physiologie der Blutkapillaren, der Venen und Lymphkapillaren unterrichtet sein, denen der erste Abschnitt gewidmet ist, dem die Physiologie der Zelle folgt. Das dritte Kapitel ist dann der Physiologie des Stratum Malpighii gewidmet, ohne erschöpfend zu wirken, dem die speziellen Bildungen des Stratum Malpighii folgen, z. B. die Talgdrüsen, Haare, Schweißdrüsen läßt Verfasser beiseite, um nicht zu weit zu gehen. Aus physiologischen Gründen und angesichts der so rätselhaften Blasenbildung bei Herpes zoster und Pemphigus kam v. W. auf den Gedanken, daß die Stachelzellen vielleicht innerviert seien, und so zu der Frage, in welcher Weise sich bei innervierten Zellen im allgemeinen der Nerveneinfluß geltend macht. Er bemühte sich daher, festzustellen, welche Zellen nachweislich innerviert sind, und deren Physiologie zu studieren. Dabei kommt Verfasser zu der Ansicht, daß es eine nervöse Expansion gibt, dieselbe wurde direkt beobachtet an den Epithelien der Schweißdrüsen und an dem Pigmentepithel der Retina des Frosches, während Verfasser auch eine nervöse Expansion für die glatten Muskelzellen, die Chromatophoren, die Endothelzellen der Blut- und Lymphkapillare nachweist. Bezüglich der übrigen innervierten Zellen kann man bisher keine nervöse Expansion voraussetzen. Der Einfluß des Nervensystems auf die innervierten Zellen ist vielfach bewiesen, wenn der Zusammenhang der Zelle mit dem Zentralnervensystem fehlt, so leidet ihre Ernährung, und sie geht zugrunde; wenn kein Nervenstrom sie erregt, nimmt sie Ruhestellung ein; kontraktorischer Nervenstrom zwingt sie zur Kontraktion, expansorischer zur Expansion; häufige Nervenströme steigern ihre Tätigkeit und Ernährung, es kommt zu Hypertrophie und Hyperplasie. Nach einem weiteren Kapitel über die Physiologie der Blutkapillaren wendet er sich der Stachelzellennervenhypothese zu, es zeigt sich, daß die Hypothese von der Innervation der Stachelzellen mit den Ergebnissen der Histologie keineswegs im Widerspruch steht. Beim Frosch hat man gruppenweise Bewegungen von Stachelzellen beobachtet und beim Menschen ist zur Erklärung der Ernährung des Stratum Malpighii die Hypothese geradezu eine Notwendigkeit; die Anwendung der Hypothese im Rahmen der Zellnerventheorie auf die Pathologie der Haut zeitigte so überraschende Resultate, warf auf den völlig dunklen Mechanismus einzelner abnormer Vorgänge plötzlich ein so helles Licht, daß die Richtigkeit der Hypothese auch dadurch in ganz hervorragender Weise wahrscheinlich gemacht wird. Hierüber berichtet das letzte Kapitel, welches die Anwendung der Hypothese auf die Pathogenese einiger Hautkrankheiten, von Urtica, Urticaria und Herpes zoster behandelt. Auf Grund der Hypothese von den trophomotorischen Nerven der Stachelzellen ergibt sich, daß die Quaddel, mag eine mechanische und chemische Reizung des Stratum Malpighii oder auch des Papillarkörpers vorausgehen, allein entsteht durch den Einfluß der Nervenerregungen auf die Endothelien der papillaren Blutkapillaren und die Stachelzellen.

also auf rein nervösem Wege, so findet die Urticaria eine Erklärung. Auch ermöglicht die Hypothese von den trophomotorischen Nerven der Stachelzellen einen ganz befriedigenden Einblick in den Mechanismus der Entstehung des Zosterbläschens. Es handelt sich nach Verfassers Ansicht beim Zoster um entzündliche Reizung trophomotorischer Nervenzellen und -Fasern, wodurch abnorme heftige Erregungswellen nach den Stachelzellen geleitet werden, welch letztere den krankhaften nervösen Reizen erliegen.

Das Genauere diese umfangreichen Werkes muſs im Original nachgelesen werden, ein Referat kann hierbei nur verstümmelnd wirken und gibt kein Bild von dieser mit groſsem Fleiſse angefertigten Arbeit. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die praktische Anwendung der Röntgenstrahlen in therapeutischer und diagnostischer Beziehung, von William Allen Pusey und Eugene Wilson Caldwell. Mit Illustrationen. (Saunders & Co., Philadelphia, New York, London, 1903.) Wie in Deutschland, so scheint auch in anderen Ländern jetzt schon, wo doch eigentlich von abgeschlossenen und feststehenden Tatsachen bezüglich der therapeutischen Wirksamkeit der Röntgenstrahlen nur in ganz beschränktem Maſse die Rede sein kann, die Herausgabe von diesbezüglichen gröſseren Werken wohl etwas verfrüht stattzufinden. Der erste, nach des Referenten Ansicht wohl wichtigere Teil des Buches beschäftigt sich mit der Technik des Röntgenverfahrens, wobei den vielen praktischen Details spezielle Aufmerksamkeit geschenkt und ein beträchtlicher Raum den Apparaten, deren verschiedenen Typen und deren Anwendung gewidmet wird. Ein Kapitel behandelt ausschlieſslich die „Röhren"frage, ein weiteres die Induktionsapparate und die Unterbrecher, das vierte die statischen Apparate, die zwar viel gröſseren Umfang haben, also für den praktischen Arzt weniger in Betracht kommen, aber doch durch die Sicherheit ihrer Wirkung für gröſsere Anstalten sehr zu empfehlen sind. Die Fluoroskopie, dann die eigentliche Radiographie, die photographischen Materialien und deren Behandlung, sowie schlieſslich die Wahl eines richtigen Röntgeninstrumentariums sind die weiteren Kapitel des ersten Teiles. Der zweite, der therapeutische Abschnitt bespricht im ersten Kapitel die Wirkungen der X-Strahlen auf die Gewebe, im zweiten die histologischen Veränderungen, welche in diesem durch die X-Strahlen hervorgerufen werden, im dritten die Wirkungen auf Bakterien (in Reinkulturen und im lebenden Gewebe). Hierbei muſste Pusey in ausgedehntem Maſse die zahlreiche, in den letzten drei Jahren veröffentlichte Literatur zur Benutzung heranziehen und kritisch sichten, wenn er auch zum Teil von eigenen diesbezüglichen Versuchen, welche besonders die weiteren, die eigentlich therapeutischen Kapitel betreffen, sprechen kann. Er muſs selbst zugestehen, daſs bei dem Stadium der Entwicklung, in welchem die Röntgentherapie sich jetzt erst befindet, wir eigentlich nur über die Möglichkeiten der Ausdehnung und Begrenzung der Methode uns auslassen können. P. bringt insgesamt 158 Krankengeschichten, welche die verschiedensten Hautaffektionen betreffen, teilweise mit vortrefflichen Photographien illustriert sind und folgende Allgemeinschlüsse ergeben. Die Anwendung der Röntgenstrahlen ist zweifellos eine wertvolle Ergänzung der Mittel, welche uns zur Behandlung der Hypertrichosis, Akne, Sykosis zur Verfügung stehen. Bei Tinea tonsurans und Favus ist der Erfolg mit Röntgenstrahlen weniger feststehend, aber jedenfalls noch weiterer Versuche wert. Bei gewissen, unheilbar scheinenden Formen von Ekzema, bei Lichen planus und bei Psoriasis scheint die Methode mit Röntgenstrahlen ein weites Feld der Anwendung zu haben. Ihr Wert bei Lupus erythematosus ist noch nicht genügend festgestellt, bei Lupus vulgaris aber auſser Frage; gemeinschaftlich mit Finsens Methode bildet sie gegen letztere, bisher eine der am schwersten zu heilenden Affektionen, eine neue Ära der Behandlung. Bei

der Behandlung maligner Neubildungen haben die Röntgenstrahlen u. a. folgende Vorteile: 1. Sie sind schmerzlos; 2. da sie nur krankes Gewebe bei richtiger Anwendung zerstören, machen sie nur wenig Narben; 3. sie sind daher auch besonders bei inoperablen Fällen, wo durch blutigen Eingriff zuviel gesundes Gewebe zerstört werden müfste, anzuwenden, und haben 4. sogar bei manchen schmerzhaften, inoperablen Fällen direkt schmerzstillende Eigenschaften. Bei inoperablen Tumoren auf der Hautoberfläche hat P. eine Anzahl überraschender Fälle aufzuweisen, und er gibt der Behandlung mit Röntgenstrahlen bei Epitheliomen den Vorzug vor allen anderen Methoden. Eine weitere Anwendungsart für dieselben empfiehlt er als eine Art Vorkur bei Operationen bösartiger Neubildungen, wenn diese aus irgend einem Grunde verschoben werden müssen. Bezüglich der Dauerresultate und Möglichkeit der Rezidive drückt sich P. sehr reserviert aus; im allgemeinen kann nach seiner Ansicht eine maligne Geschwulst nicht eher als geheilt angesehen werden, bis drei Jahre nach ihrer vollständigen Entfernung ohne Rezidive verflossen sind. Daher sollten auch ebensolange zur Prophylaxe die Bestrahlungen (wenigstens 2—3 mal im Jahre) fortgesetzt werden. In vielen Fällen war die Besserung des Allgemeinbefindens bei Patienten mit bösartigen Geschwülsten unter der Röntgenbehandlung eine feststehende Tatsache und ist für P. der beste Beweis für die radikale Wirkung (der Methode) auf die Erkrankung. Die von mancher Seite aufgestellte Behauptung, dafs durch die X-Strahlen die Gefahr der Metastasen erhöht würde, hält P. nicht für richtig, vielmehr das Gegenteil für wahrscheinlicher. Was schliefslich die Kombination der Röntgentherapie mit anderen Mitteln betrifft, so besteht zwar kein Gegengrund, gleichzeitig Curette oder Ätzmittel anzuwenden, P. fand sich aber nie in diese Notwendigkeit versetzt. In allen Fällen von Oberflächencarcinom gibt er den Patienten Natrium cacodylicum in so starker Dosis, als sie es vertragen können, da ihm dieses Mittel eine Art hemmenden Einflusses auf das Wachstum des Carcinoms zu haben schien: von weiteren, als spezifisch empfohlenen, Mitteln wurde Abstand genommen. *Stern-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Die Ätiologie der Variola, von W. T. Councilmann, G. B. Magrath und W. R. Brinckerhoff-Boston. (*Journ. med. Research.* Vol. IX. Nr. 3, New Series Vol. IV. Nr. 3.) In dieser vorläufigen Mitteilung berichten Verfasser über ihre weiteren Untersuchungen betreffs der Guarnierischen Körperchen. Ihre wichtigste Beobachtung bezieht sich auf das Auftreten von spezifischen Gebilden innerhalb der Kerne der Epithelzellen als ein späteres Stadium im Entwicklungsgang dieser Mikroorganismen. Diese Gebilde erscheinen als runde oder ovale, ringförmige Körperchen in dem Kerne um die Zeit der Segmentierung der Guarnierischen Körperchen im Zelleibe, oder wenn schon die meisten dieser intracellulären Körperchen wieder verschwunden sind. Diese intranukleären Einlagerungen, die einzeln oder zu mehreren in einem einzelnen Kerne auftreten können, nehmen allmählich an Gröfse zu, bis Kern und Zelle vollständig degeneriert sind. Verfasser betrachten diese intranukleären Vorgänge als das Unterscheidende zwischen Variola und Vaccine, indem bei letzterer der Prozefs mit der Entwicklung der intracellulären Körperchen schon seinen Abschlufs zu finden scheint. Weitere Untersuchungen sind in Aussicht gestellt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine Untersuchung des Pustel- und Blaseninhalts bei Blattern, von Jay F. Schamberg-Philadelphia. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 14. Febr. 1903.) Verfasser ist nach seinen Untersuchungen der Ansicht, dafs die Eiterung bei den Pocken nicht die Folge einer Sekundärinfektion mit irgend einem der gewöhnlichen pyogenen Keime ist; aller Wahrscheinlichkeit nach ist sie durch die Tätigkeit spezifischer Mikroorganismen verursacht. Streptokokken und andere zufällige Bakterien finden sich wohl in den älteren Pusteln, werden aber nur ganz ausnahmsweise in den jungen Blasen angetroffen. Unter 82 vom Verfasser angelegten Kulturen blieben 64 überhaupt steril, unter 35 Kulturen von 3—6 Tage alten Blasen blieben 34 steril. Wahrscheinlich ist, dafs Streptokokken eine wesentliche Rolle bei den so häufigen Komplikationen mit Impetigo, Beulen, Abscessen, Erysipel und Gangrän spielen. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Diagnose der Pocken in London. (*Brit. med. Journ.* 1. Aug. 1903.) Unter 7842 als pockenkrank in die Hospitäler gesandten Patienten waren 607 (= 7,7 %), bei denen die Diagnose sich als irrig erwiesen hat. Mit „Variola" waren attestiert 203 Fälle von Varicellen, 48 Masern-, 42 Akne-, 31 Ekzem-, 30 Syphilis- und 74 Dermatitisfälle. Wenn übergrofse Vorsicht und Ängstlichkeit manche Irrtümer erklärlich sein lassen, so ist es anderseits unverständlich, wie Fälle von Influenza, Typhus, Phthisis, Bronchitis, Pericarditis, Delirium tremens, Psoriasis mit der Diagnose „Variola" ins Hospital geschickt werden konnten. *C. Berliner-Aachen.*

Vierzehn Blatternfälle von der Buffaloer Epidemie 1901/02, von D. E. Wheeler-Chicago. (*New York med. Journ.* 31. Jan. 1903.) Die Blatternepidemie in Buffalo hatte einen sehr milden Verlauf. Von 409 Fällen endeten nur sechs tödlich. Die Hauptzahl der Erkrankten waren Polen, und zwar meist Kinder unter fünf Jahren, fast alle nie geimpft. Über 14 Fälle, deren Photographien der Arbeit beigegeben sind, berichtet Verfasser ganz kurz. Die prophylaktische Impfung hat sich während der Epidemie gut bewährt. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Pockenerkrankungen in Strafsburg i. E. im Sommer 1903, von Julius Baer. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 42.) Im Sommer 1903 erkrankten in Strafsburg und Umgebung 18 Leute an Pocken. Mit Ausnahme der vier ersten Fälle wurden die Patienten, die alle ins Spital kamen, nach Finsens Vorschlag mit rotem Licht behandelt. Der Erfolg war ein auffallend guter. Die Periode der Suppuration fehlte bei den zum Teil recht schweren Fällen vollkommen, oder es zeigte sich nur eine Andeutung derselben in Form kurzdauernder, geringer Temperatursteigerung. In einem Falle, in dem die Vesikeln schon beim Eintritt leicht vereitert waren, vereiterten im Gegensatz zu den von Finsen zitierten Beobachtungen auch die übrigen Blasen, ohne dafs jedoch Fieber eintrat. Im übrigen ging die Eintrocknung der Blasen überraschend schnell vor sich; Narbenbildung kam entweder gar nicht zustande, oder sie blieb minimal. Auf die Schwere der Infektion hatte die Behandlung keinen Einfluſs; zwei Fälle verliefen tödlich, doch war auch bei ihnen der Blaseninhalt serös geblieben. Für das nicht sehr hohe Fieber und den schlimmen Ausgang in diesen beiden Fällen müssen wohl zum gröfsten Teil die Schleimhauterkrankungen verantwortlich gemacht werden, auf die, wie auch Engel in Kairo beobachtet hat, die Rotlichtbehandlung keinen Einfluſs ausübt. *Göts-München.*

Die Variolaepidemie in England in den Jahren 1901/02. (*Brit. med. Journ.* 29. Aug. 1903.) Von 9659 Pockenfällen waren 6945 geimpft. Die Mortalität betrug unter diesen 7,8 %. In 436 Fällen war die Impfung zweifelhaft. Es starben hier 39,2 %, während von den 2278 nicht geimpften Patienten 33,1 % der Krankheit erlagen.

Unter zehn Jahre alt waren nur 134 geimpfte Fälle, von denen 2 (= 1,4 %) starben; 38 zweifelhaft Geimpfte mit 6 Todesfällen, und 1274 nicht Geimpfte, von denen 442 (= 34,7 %) zugrunde gingen.

Unter 20 Jahre alt waren 1297 geimpfte Fälle, von denen 25 (= 1,9 %) starben; 106 zweifelhaft Geimpfte mit 21 Todesfällen (= 19,8 %) und 1893 nicht geimpfte Patienten, von denen 892 (= 31,27 %) starben.

Erfolgreich wiedergeimpft waren 276 Fälle. Bei 93 deuteten die Impfnarben auf die erfolgreiche Revaccination hin. Bei allen, mit Ausnahme von 5, lag die Revaccination mehr als 10 Jahre zurück, bei 69 mehr als 15 Jahre. Von den 93 starben 3. Der eine war vor 37, der zweite vor 36, der dritte vor 24 Jahren revacciniert worden. — Von den 136, bei denen kein deutlicher Nachweis der erfolgreichen Revaccination sichtbar war, starben 19. In 47 Fällen war der Erfolg ein zweifelhafter. Es starben unter diesen letzteren 5; von diesen waren zwei vor 36, einer vor 25, einer vor 23 und einer vor 15 Jahren geimpft worden.

Aus diesen statistischen Angaben geht der Einfluſs der Vaccination und Revaccination und die Nachhaltigkeit der letzteren auf die Mortalität an Variola zur Evidenz hervor. *C. Berliner-Aachen.*

Phototherapeutische Behandlung der Variola bei den Chinesen, von J. Régnault. (*Bull. de Thérap.* 13. Okt. 1903.) Auſser der Verabreichung von verschiedenen Dekokten ist bei den Chinesen das möglichst sofortige Betupfen aller hervortretenden Läsionen mittels Baumwolle, welche in einer aus zwei Pflanzenfarbstoffen, roter Wiesenraute (Thalictrum rubellum) und Färber-Saflor (Carthamus tinctorius), hergestellten Mischung getränkt ist, üblich. Die so bemalten Läsionen sollen sehr gut heilen. Bei den Anamiten hat R. auſser dieser Methode auch das Verfahren, das Bett des Kranken dicht mit roten Vorhängen zu umgeben, angetroffen. Er meint, ein Versuch mit diesen Methoden sei auch europäischen Ärzten zu empfehlen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Variola mit rotem Licht, von M. Rodd. (*Brit. med. Journ.* 5. Dez. 1903.) Der Verfasser hatte schon im Jahre 1897 als Marinearzt Gelegenheit, einen Pockenkranken unbewuſst mit rotem Licht zu behandeln und einen auffallend günstigen Erfolg zu verzeichnen. Ein Schiffssoldat befand sich in der zweiten Woche der echten Pocken. Das eiterige Stadium war noch nicht eingetreten, der Ausschlag aber am ganzen Körper voll entwickelt. Das Allgemeinbefinden des stark fiebernden Kranken war sehr schlecht. Man legte den Patienten in eine Hängematte, die mit Gaze bedeckt war. Das Licht wurde durch roten Stoff, wie er für Schiffsflaggen verwendet wird, abgeblendet. Nach zwei Tagen war die Temperatur fast zur Norm zurückgekehrt; der Patient fühlte sich wohl, und der Ausschlag war in der denkbar günstigsten Weise beeinfluſst. Es erfolgte eine rapide, durch keinen Zwischenfall unterbrochene Genesung. *C. Berliner-Aachen.*

Thiolum liquidum bei Pocken, von J. S. Kolbassenko. (*Heilkunde.* 1903. Nr. 5.) K. hat schon im Jahre 1896 über die günstige Wirkung des Ichthyols bei Pocken berichtet; er wandte es in Form einer 12—20 %igen Salbe in der Weise an, daſs er alle Efflorescenzen möglichst schon im Beginne ihrer Entwicklung mit der Salbe bestrich. Bei sehr frühzeitiger Applikation trat weder Jucken, noch Eiterung und Sekundärfieber auf; waren die Pusteln zur Zeit der Ichthyolapplikation schon mehr oder weniger weit entwickelt, so wurde doch die Eiterung in auffälliger Weise eingeschränkt, die Abstoſsung der Borken ging sehr rasch vor sich, Narbenbildung fehlte fast vollkommen. Gleich gute Erfolge erzielte K. neuerdings durch Aufpinseln von Thiolum crudum, das weit billiger ist als Ichthyol und an der Oberfläche der erkrankten Hautpartie besser haftet als die fette Salbe. Die vorzügliche Wirkung beider Mittel führt K. nur zum kleineren Teil auf ihre vasokonstriktorischen, schmerzstillenden und desinfizierenden Eigenschaften, in der Hauptsache aber auf ihre schwarze, alle Lichtstrahlen absorbierende Farbe zurück. *Götz-München.*

Über die Verwendung von reiner Karbolsäure zur Behandlung der Variola, von A. E. Brindley und F. W. Borris-Bury. (*Lancet.* 24. Okt. 1903.) Diese von anderer Seite schon empfohlene Methode haben Verfasser bei 35 Fällen angewandt. Unter diesen befanden sich 22 schwere Fälle, von denen 5, teils gar nicht, teils nur im Säuglingsalter geimpft, starben. Bei diesen tödlich verlaufenen Fällen war entweder die Behandlung nicht vollständig durchgeführt worden, oder es handelte sich um Komplikation mit Scharlach (2) oder Alkoholismus oder um maligne, hämorrhagische Pocken. Es empfiehlt sich, sämtliche entstehenden Vesikeln mit einem kleinen Pinsel zu betupfen, wobei man der Reihe nach am ersten Tage Gesicht und Hals, am zweiten Arme und Hände, dann untere Extremitäten und zuletzt den Rumpf vornimmt; die entstehenden Schorfe werden alsbald mit einem Olverband bedeckt. Sowohl Krankheitsdauer wie Juckreiz und Narbenbildung sollen auf diese Weise sehr günstig beeinflufst werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine Diskussion über die Impfgesetze und die Verhütung der Variola. (*Brit. med. Journ.* 8. Aug. 1903.) Der Referent Dr. McVail wünscht, dafs der Staat die Gesetze zur systematischen Revaccination ebenso streng handhabe, wie bei der ersten Impfung. Die animale Lymphe sollte unter staatlicher Oberaufsicht bereitet und jedem praktischen Arzte leicht zur Verfügung gestellt werden. Systematische Vaccination und Revaccination würden die Pockenepidemien rasch beseitigen.

Dr. Horder, ein bekannter Impfarzt in einem stark bevölkerten Distrikt, resümiert seine Ausführungen in folgenden Wünschen:

1. Man benachrichtige schriftlich die Eltern eines jeden auf der Impfliste verzeichneten Kindes. Diese Liste ist dem öffentlichen Impfarzt vorher zugestellt worden.
2. Man spreche bei den Eltern vor und fordere sie auf, die Kinder impfen zu lassen, nachdem die letzteren durch die Inspektion und Untersuchung für gesund erklärt worden sind.
3. Man impfe unter streng antiseptischen und aseptischen Mafsregeln.
4. Man verschiebe in einem Attest die Impfung nicht gesunder Kinder oder solcher, die sich in nicht hinreichend sanitären Verhältnissen befinden.
5. Name, Alter und Wohnung der geimpften Kinder werden in ein Register eingetragen.
6. Man besichtige nach Ablauf einer Woche die geimpften Kinder und verbinde danach von neuem die Arme. Wo die Impfpusteln keinen normalen Verlauf nehmen, soll eine nochmalige und wiederholte Besichtigung stattfinden und die notwendige Verordnung gegeben werden.
7. Nach der Inspektion wird das Attest ausgefüllt und der Impfbehörde zugestellt.
8. Man schreibe nach London wegen animalischer Lymphe und berichte nach Verbrauch derselben über die mit ihr erzielten Erfolge. *C. Berliner-Aachen.*

Eine Novelle zum Impfgesetz der Niederlande, von Voigt-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 25.) Bisher bestanden in Holland die staatlichen Mafsnahmen zur Abwehr der Pocken in der Forderung eines Impfscheines bei der Einschulung der Kinder und in der Gewährung einiger Impftermine für kostenlose Impfung. Diese mangelhaften Bestimmungen sollen nun durch eine Novelle zum Impfgesetz noch weiter abgeschwächt werden; ein Gesuch der Eltern oder Vormünder eines schulpflichtigen Kindes an den Minister um Befreiung von der Lieferung eines Impfscheines würde, falls diese Novelle angenommen wird, genügen, um alle Schüler, welche in die gleiche Schule eintreten, von der Beibringung eines Impfscheines zu befreien. — Verfasser macht auf die Gefahr aufmerksam, die eine solche Bestimmung in unserem Nachbarlande auch für uns mit sich bringen könnte.

A. Loewald-Kolmar.

Die modernen Immunitätslehren und die Vaccination, von L. Pfeiffer. (*Zeitschr. f. Hygiene.* 48. Bd.) Der Aufsatz bringt eine Zusammenstellung aller neueren Arbeiten, Erfahrungen und Untersuchungen, die sich auf die Protozoenzellinfektionen und auf die Variolavaccine-Immunisierung beziehen. Es ist nicht möglich, hier diese zahlreichen Details, die im übrigen einzeln wohl alle schon veröffentlicht sind, anzuführen; nur im allgemeinen soll der Inhalt des Aufsatzes skizziert werden. — Pf. schildert zunächst unsere heutigen Kenntnisse von den Protozoenzellschmarotzern beim Menschen, indem er speziell das, was wir von dem Lebensgang der Variola- und der Malariaparasiten wissen, sowie den Vorgang der Zellinfektion beschreibt. Dann bespricht er, ausgehend von der Entdeckung eines spezifischen Immunserums gegen Epithel durch v. Dungern, die Bedeutung des Epithels für die Variolavaccine-Immunisierung; er führt in diesem Teile seiner Arbeit eine Reihe von Tatsachen und Erfahrungen an, welche die Bedeutung der Deckepithelien in der Haut für den Infektionsvorgang bei der Variolavaccine, die Epithelimmunisierung an den Schleimhäuten, den Einfluſs der Vaccineimpfung auf den serösen Überzug des Netzes, den Unterschied in der Beeinflussung des Epithels bei Menschen und Tieren und die Dauer der Epithelimmunisierungen durch Variola und Vaccine, die Beteiligung anderer Zellgruppen (auſser den Epithelzellen) an der Immunisierung, und endlich die Bedeutung der verschiedenen Formen der Variolaparasiten betreffen. Zum Schlusse mahnt Pf. die Impfinstitute, eine möglichst kräftige Kälberlymphe herzustellen und dem modernen Verlangen nach einem milden, abgelagerten, reizlosen, bakterienfreien Impfstoff nicht nachzugeben; denn mit einem solchen läſst sich wohl ein abnorm reizloser Impfverlauf, aber keine richtige Immunisierung erzielen. Auch die rein animale Fortzüchtung des Impfstoffes ist zu verwerfen; denn beim Ausschluſs der Retrovaccination entartet jeder Impfstamm früher oder später. *Götz-München.*

Die Zwangsimpfung, von Merveille-Lüttich. (*Presse méd. belge.* 1903. Nr. 10.) Anknüpfend an einen Initiativantrag des Abgeordneten Terwagne in der belgischen Kammer, welcher die obligatorische Impfung und Wiederimpfung einführen will, spricht sich der Verfasser energisch dafür aus, diese soziale Reform durchzuführen. Terwagne ist Arzt. *Hopf-Dresden.*

Einige Worte zur Impffrage, von O. Boulengier. (*Presse méd. belge.* 1903. Nr. 11.) In Belgien sind 1903 die Blattern recht häufig beobachtet worden, ohne daſs man schon von einem epidemischen Auftreten hätte reden können. Jedenfalls ist die Frage, ob Zwangsimpfung beziehentlich obligatorische Revaccination eingeführt werden soll oder nicht, aktuell im höchsten Grade. Augenblicklich hat in Belgien unter Hinblick auf das Grassieren der Pocken eine Revaccination von einem Umfange stattgefunden, wie selten zuvor. Verfasser glaubt, es bedürfe eines Zwangsgesetzes nicht, sondern es würde auch mit etwas Aufklärung und Belehrung gelingen, das Publikum zur Annahme der Impfung zu bewegen und ihm den Segen der Vaccination überzeugend vor Augen zu führen. Man dürfe die persönliche Freiheit nicht beschränken. Impfe man erst mit einem Serum, so würden bald dieselben Ansprüche wie für die Vaccination mit Kuhlymphe auch für andere Zweige der Serumtherapie auftauchen. *Hopf-Dresden.*

Zur Impfung, von M. van Langendonck. (*Presse méd. belge.* 1903. Nr. 15.) Der Verfasser bricht eine starke Lanze für die Zwangsimpfung. Der gute Wille und die doch nicht allgemeine Überzeugung des Volkes vom Werte der Impfung genügen nicht. Der Staat muſs mit seiner Macht dieselbe fordern dürfen. Von 1870—1880 starben in Belgien 5080 Kranke an Blattern, von 1881—1890 nur 1361, von 1891—1900 wieder 7544. Von letzteren Todesfällen entfallen 5931 auf die Jahre 1891—1894. In diesem Jahre traten die Behörden einmal energisch für die Impfung ein; sofort sank

die Ziffer der Variolatodesfälle für die nächsten drei Jahre auf 568. Die übrigen Ausführungen, welche für die obligatorische Impfung sprechen, bringen uns, die wir uns des Segens derselben nun schon lange erfreuen, nur Bekanntes.

Hopf-Dresden.

Beitrag zur Impffrage, von WARLOMONT und PECHÈRE. (*Presse méd. belge.* 1903. Nr. 23 und 28.) WARLOMONT beschreibt die Impfverhältnisse beim belgischen Militär und glaubt, dafs die Abneigung mancher Kreise gegen die Zwangsimpfung mehr auf der Abneigung gegen jeden Zwang überhaupt als gegen die Sache selbst beruht. Im belgischen Heere wird jeder Rekrut im Monat nach seiner Aufnahme geimpft; bleibt diese Impfung erfolglos, so wird eine zweite entweder sofort danach oder wenigstens im Laufe des ersten Dienstjahres vorgenommen. Sobald bei einer Truppe ein Fall von Variola oder in der bürgerlichen Bevölkerung eine Blatternepidemie vorkommt, wird sofort zu einer Impfung der Truppenteile geschritten. Eine ebensolche erfolgt vor der jedesmaligen Entlassung der das Heer verlassenden Soldaten. Dank diesem Vorgehen ist die Variola in der belgischen Armee so gut wie verschwunden. Seit vielen Jahren ist bei ihr kein Blatterntodesfall vorgekommen. PECHÈRE tritt ebenfalls energisch für Einführung einer obligatorischen Vaccination beziehentlich Revaccination in Belgien ein. *Hopf-Dresden.*

Eine Untersuchung über die Beziehung der Vaccination zur Kindersterblichkeit und zu akuten Kinderkrankheiten, von J. M. MACKENZIE. (*Brit. med. Journ.* 15. Aug. 1903.) Vielfach ist, zumeist wohl in England, die Ansicht verbreitet, dafs die Vaccination nicht nur dem kindlichen Leben nachteilig ist, sondern dafs sie auch an vielen Krankheiten, welche das Kindesalter treffen, schuld sei, die Lebensfähigkeit des Kindes herabsetze und das Leben zu einer Last mache. Weiter glaubt man, dafs der Impfprozefs als solcher direkt zur Kindersterblichkeit beitrage. Es sei zwar zweifellos, dafs die Vaccination einen Schutz gegen die Pocken biete, aber dieser Vorzug werde durch die vielen Kinderkrankheiten, die sie im Gefolge habe, wesentlich beeinträchtigt. Verfasser untersucht nun an der Hand eines reichen statistischen Materials, ob und inwieweit die Vaccination die Kindermortalität beeinflufst. *C. Berliner-Aachen.*

Über postvaccinale Hauteruptionen, von M. V. COURTELLEMONT-Paris. (*Gaz. des hôpit.* 12. Dez. 1903.) Verfasser gibt eine kritische Besprechung namentlich der neueren Publikationen über dieses Thema. Der klinischen Morphologie nach sind vier Gruppen zu unterscheiden: Erythemato-papulöse Ausschläge mit den vier Unterarten der einfach erythematösen Form, der papulösen, der Knoten- und der Quaddelbildung; ferner vesiculo-bullöse Läsionen, Purpura, und viertens die konstitutionellen Dermatosen. Bei der erythematösen Form sind wiederum drei Typen zu erkennen: das einfache Erythem, das morbilliforme und das scarlatiniforme. Desgleichen hat man bei dem papulösen Ausschlag ebenfalls drei verschiedene Formen, je nachdem man es zu tun hat mit einfachen Papeln (Strophulus oder Lichen simplex acutus oder Prurigo simplex acuta) oder mit einem polymorphen erythemato-papulösen Ausschlag, wie z. B. BEHREND solche beschrieben hat, oder mit dem syphiloiden Erythem. Von vesiculo-bullösen Ausschlägen beobachtet man nach der Vaccination einfache Miliaria und Herpes zoster, ferner als bullöse Pemphigus- und pemphigoide Läsionen und Mischformen. Von Purpura sind zwei Formen, eine benigne und eine maligne, zu unterscheiden, während die Gruppe der konstitutionellen Affektionen sich aus Ekzema und Psoriasis zusammensetzt. Verf. verbreitet sich des weiteren über die Frage von der Berechtigung, diese verschiedenen Komplikationen in mehr oder weniger direkten Zusammenhang mit dem Impfakte zu bringen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Kontagiöse Pyodermatosen nach der Impfung, von D. Goldschmidt-Strafsburg. (*Rev. d'hygiène.* 20. Mai 1903.) Im Jahre 1899 hatte Verfasser unter einer Serie von 79 Impflingen, welche mit derselben, aus der Strafsburger Impfanstalt entnommenen Lymphe geimpft worden waren, nicht weniger als 43 Fälle einer ganz ungewöhnlichen Blasenbildung an der Impfstelle. Bei 21 Kindern war die Störung besonders stark entwickelt und bot die Erscheinungen einer das ganze Impfgebiet und die angrenzenden Hautpartien einnehmenden, grofsen, schlaffen, serumgefüllten Blase. Wo dieselbe zerstört war, zeigte das betreffende Gebiet vielfach ein diphtheroides Aussehen. Vielfach war schon am nächsten Tage nach der Impfung ein abnormes Verhalten zu konstatieren, und die Heilung erforderte oft zwei bis drei Monate. Das Allgemeinbefinden war nur ausnahmsweise und vorübergehend gestört; bei einigen Kindern wurde Anschwellung der Achseldrüsen konstatiert. Nach der Abheilung war noch nach Jahren eine feine, weifse Narbenbildung, wie nach einer Verbrennung, zu konstatieren. Eine Übertragung auf andere Kinder scheint nicht vorgekommen zu sein. Verfasser bespricht die bekannten Rügener und Elberfelder und in Motte aux Bois beobachteten Epidemien. Auffallend war es, dafs die Lymphe bei einer zweiten am folgenden Tage geimpften Serie und bei weiteren Impfungen keinerlei Abnormitäten erzeugte, aufser, dafs sie sich als wenig wirkungsvoll in vielen Fällen erwies. Verfasser nimmt an, dafs Staphylokokken beigemischt waren, welche allmählich durch die Einwirkung des Glyzerins abgetötet wurden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Laboratoriumsuntersuchung der Lymphe, von Adolph Gehrmann-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 25. April 1903.) Seit dem Jahre 1894 wird in Chicago ausschliefslich Glyzerin-Kälberlymphe zu Impfungen verwendet. Die Freigabe für den Handel ist von einer Untersuchung durch das Gesundheitsamt abhängig. Von jeder Lieferung, die aus 5—10000 Impfröhrchen besteht, die alle am gleichen Tage gefüllt sein müssen, werden 100 Röhrchen zur Prüfung entnommen. Die Lymphe mufs physikalisch eine gleichmäfsige Emulsion vorstellen. Kulturen müssen völlige Abwesenheit von Eiterbakterien ergeben; Saprophyten dürfen nur in ganz geringer Menge vorhanden sein. Die Injektion des gemischten Inhalts von 10—12 Röhrchen in ein Meerschweinchen darf keine Reaktion zur Folge haben. Die klinische Prüfung mufs in mindestens 90 % erstmaliger Impfung ein positives Resultat ergeben.

A. Loewald-Kolmar.

Untersuchungen über die Vaccine, von Casagrandi. (*Rif. med.* 1903. Nr. 31.) Der Verfasser ist vor allem der Ansicht, dafs die von Leoni und Ishiaghi in der Kuhpockenlymphe gefundenen und von ihnen als Protozoen angesehenen Körperchen keineswegs als die spezifischen Erreger der typischen Vaccinepustel anzusehen sind. Er hat seine Untersuchungen auf diesem Gebiete weiter geführt und unter anderem Versuche an Hunden gemacht, welche Tiere als besonders empfindlich dem Vaccinevirus gegenüber zu betrachten sind. Er hat Vaccinepulpe unter sehr hohem Drucke filtriert, so dafs sich im Filtrate auch bei der genauesten Untersuchung keine morphologischen Bestandteile mehr befanden. Dieses Filtrat hat er Hunden inokuliert und, nach Abheilen der Hautläsion, aktive Vaccinepulpe. In allen Fällen erwiesen sich die Tiere der letzteren gegenüber vollständig immun. Demgegenüber entwickelten sich bei einer Reihe von Kontrolltieren, denen zunächst 2—3 Jahre alte und somit inaktive Impfpulpe und sonach aktive Pulpa inokuliert wurden, Impfpusteln.

C. Müller-Genf.

Neuer Lymphbehälter, von Grimm-Tirschtiegel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 22.) Beschreibung eines kleinen Apparates zur Aufbewahrung der Lymphe, der durch einen einfachen und zweckmäfsigen Mechanismus sich von selbst öffnet

und wieder schliefst. Die neuen gesetzlichen Bestimmungen verlangen bei den öffentlichen Impfungen, dafs die Lymphe stets durch Bedeckung vor Verunreinigungen geschützt und nach jedem Eintauchen des Spatels sofort wieder bedeckt ist. Diesen Anforderungen entspricht des Verf. Apparat, der durch das Medizinische Warenhaus in Berlin zu beziehen ist. *A. Loewald-Kolmar.*

Impfschutzverband, von W. Hesse-Dresden. (*Hyg. Rundsch.* Nr. 13.) Verf. empfiehlt bei der Impfung die Anlegung eines nach amerikanischem Muster hergestellten Schutzverbandes, welcher aus einem feinen, mit einem Filzrande versehenen, rundlichen Drahtgitter besteht. Die untere Schicht des Filzrandes ist mit einer klebenden Masse versehen und haftet der Haut fest an.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Technik der Vaccination, von M. K. Soutter. (*Brit. med. Journ.* 14. Nov. 1903.) Um eine Entzündung der geimpften Stellen zu vermeiden, empfiehlt Verfasser folgendes Verfahren. Vor der Impfung wird die Haut gründlich gereinigt und abgetrocknet, nach der Vaccination jede Impfstelle sofort mit einem kleinen Stückchen grünen, trocknen Protektivs bedeckt; darüber werden mehrere Lagen Lister'scher Gaze, deren unterste mit einer 3%igen Karbollösung befeuchtet ist, aufgelegt und mit Kollodium befestigt. Auf die Kollodiumdecke bringt man ein Stück doppelt gelegter Gaze, deren Enden ebenfalls mit Kollodium bepinselt werden. Nach fünf Tagen etwa entfernt man den Verband und besichtigt die Impfstellen. Die Protektivdecke wird nicht mehr erneuert, wohl aber der Kollodiumverband, der nach weiteren fünf Tagen wieder erneuert werden kann, bis Heilung erfolgt ist. *C. Berliner-Aachen.*

Verschiedenes.

Diatomea, ein Reizmittel für den Paquelinschen Thermokauter, von Ernst Becker. (*Zentralbl. f. Chir.* 1903. No. 48.) Das seit zwei Jahren in der Holzbrandtechnik gebrauchte Mittel Diatomea stellt eine leichte, poröse, rehbraun gefärbte klumpige Masse dar, die unter dem Mikroskop Diatomeen erkennen läfst, es ist unverbrennbar, unschmelzbar und in Spiritus, Benzin etc. unlöslich. Dies Mittel schüttet man in die Benzinflasche des Paquelinschen Apparats und gieſst so viel Benzin auf, als aufgesogen wird (es soll keine Flüssigkeit darüberstehen). Man mufs von Zeit zu Zeit etwas Benzin nachfüllen, aber Benzingeruch und Explosionsgefahr sind fort, auch spart man sehr an Benzin. Verfasser sieht den Vorteil des Mittels in der feinen Verteilung des Benzins in der porösen Masse. Der Brenner glüht gut und gleichmäfsig unter geringerer Rauchentwicklung. *F. Hahn-Bremen.*

Über Filaria perstans und die Behauptung, dafs dieselbe dem Genus Tylenchus angehöre (Bastian), von G. C. Low-London. (*Lancet.* 13. Febr. 1904.) Verfasser gibt Abbildungen von Filariawürmern im embryonalen und im ausgewachsenen Zustande zum Vergleichen mit der von Bastian gegebenen Beschreibung. Er betont, dafs die erwachsene Filaria perstans einen keulenförmigen Kopf habe, dagegen am Kopfende keinen Stachel besitze, desgleichen keine pharyngeale Ausbuchtung, und dafs bei ihr die Hautbedeckung am Schwanzende in zwei dickere, dreieckige Anhängsel ausläuft. Bei den Embryonen ist das Fehlen eines erkennbaren Verdauungstraktus und von geschlechtlicher Differenzierung ein Unterscheidungsmerkmal. Dafs

die Ernährung, speziell der Genuſs von Bananen, eine Rolle spiele, bestreitet L. entschieden. Die Krankheit findet sich im Gebiete des Urwaldes; wo bloſs Gras und Gestrüpp vorhanden ist, kommt sie nicht vor. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein ungewöhnlicher Fall von Intoxikation mit Salicylsäure, von J. K. Matheson-Bradford. (*Lancet.* 13. Febr. 1904.) Ein neunjähriger Knabe wurde wegen ausgedehntem Erythema iris mit Jodkalium und Lassarscher Paste behandelt. Bei entschiedener Besserung der cutanen Erscheinungen trat 17 Tage nach Beginn dieser Behandlung Fieber (41°) mit Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schlaflosigkeit und Herzschwäche ein. Als die Paste ausgesetzt wurde, war der Kranke drei Tage später in seiner normalen Verfassung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eindrücke aus europäischen Kliniken für Dermatologie, von M. L. Ravitch-Louisville. (*Louisville Journ.* Febr. 1904.) Enthält vor allem eine Lobeshymne auf die bezüglichen englischen, besonders Londoner Spitäler, in welchen die amerikanischen Studierenden herzlicher aufgenommen würden und eine bessere praktische Bildung erhielten, wie in den Kliniken von Lassar, Brocq, Jacobi usw., wo die rein wissenschaftliche Arbeit vorherrsche. In London gibt es nahezu ein Dutzend Spitäler allein für Dermatologie, unter Pernet das University Hospital College, unter Eddowes das St. John's Skin Hospital, unter Malcom Morris das Middlesex-Krankenhaus usw. Eddowes ist der Ansicht, daſs unerträgliches Jucken oft mit Alkalescenz des Urins zusammenhängt, berichtete über solche Fälle (von allgemeinem Pruritus und Pruritus vulvae) und deren Heilung durch kohlensaure Mineralwässer. Nach Malcom Morris sind die X-Strahlen keineswegs bakterientötend, sondern regen vielmehr deren Wachstum an, so daſs die guten, damit erzielten Resultate nicht mit der Einwirkung auf Bakterien zusammenhängen könnten. M. hat mit den X-Strahlen gute Erfolge bei Akne rosacea, Ekzema, Psoriasis, Hypertrichosis, Sykosis, Ringworm, Favus und Mycosis fungoides erzielt, bei Lupus seien sie zwar ein wertvolles Hilfsmittel, aber weit weniger wirksam wie die Phototherapie. Radium, das neue Element, scheint nach M.s Beobachtungen eine groſse Zukunft in der Dermatologie zu haben, Lupus verrucosus der Hand wurde nach dreimaliger Anwendung dieses Mittels bedeutend gebessert. Der Preis desselben ist aber nahezu noch unerschwinglich (1 mg über 100 Pfd. Sterl.? Ref.). Das Radium ist auch insofern von groſser wissenschaftlicher Bedeutung, als es bisher ein Hauptsatz der Chemie war, daſs ein Element nicht in ein anderes sich umwandeln könne; das Radium nun setzt sich in ein Gas um, welches allmählich in Helium sich verwandelt und dann verschwindet, es scheint also irgend eine neue Art Substanz zu sein. *Stern-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 38. No. 8. 15. April 1904.

Aus der Klinik für Dermatologie und Syphilis der k. k. Universität in Innsbruck.

Die Verbindung menschlicher Epidermiszellen unter sich und mit dem Corium.[1]

Von

Prof. Dr. Ludwig Merk.

(Mit einer Tafel und einer Textfigur.)

Bei der Beurteilung der Frage, wie die menschlichen Epidermiszellen — oder verallgemeinert die Epithelzellen überhaupt — untereinander und mit der Unterlage verbunden sind, scheint es mir geboten, auf folgende Tatsachen Rücksicht zu nehmen.

Erstens: Die Epidermis, namentlich jene der Plantar- und Volarseiten läfst sich ohne besondere Zeichen einer Verletzung von der Unterlage leicht ablösen, wenn man das ganze Hautstück zuvor eine Zeitlang in 10prozentiger Kochsalzlösung liegen liefs.

Zweitens: Die einzelnen Epidermiszellen zerstieben förmlich unter geringer mechanischer Gewalt, wenn man die Haut einige Zeit in Müllerscher Flüssigkeit oder sogenanntem Drittelalkohol mazerieren liefs. Aber auch die verhornten Epithelzellen der obersten Epidermis sind unter gewissen Bedingungen leicht zu isolieren, ohne dafs man überhaupt zur Mithilfe von Reagentien greift.

Drittens: Es lassen sich mechanische Methoden ersinnen, deren Wirkung auf den Zusammenhang der Epithelzellen an Schnitten leicht geprüft werden kann.

Unter Berücksichtigung dieser drei Tatsachen komme ich zu folgendem Schlusse:

Die Epithelzellen hängen weder untereinander, noch mit der Unterlage rein mechanisch zusammen. Sie kleben aneinander, etwa wie die einzelnen Eier und deren Schleimhüllen im Froschlaich. Die Art der Anfügung

[1] Erscheint gleichzeitig im 112. Bande, Abt. III, der Sitzungsberichte der kaiserl. Akademie der Wissenschaften in Wien.

der Basalzellen an die Unterlage ist wesentlich von jener der Anfügung an die übrigen Epithelzellen verschieden. Sie haften am Corium etwa wie sonst ein Schleimklümpchen, z. B. ein Sputum, auf einer Fläche, z. B. einer glatten Porzellantasse. Diese Hafteigenschaft der Epithelzellen wird durch ihre morphologische Beschaffenheit wesentlich unterstützt.

Die Berechtigung dieser Anschauungen zu erweisen, soll der Zweck vorliegender Abhandlung sein. Diesen Zweck hoffe ich am besten zu erreichen, wenn ich die eingangs erwähnten drei Tatsachen der Reihe nach breiter erörtere.

I. Die Totalablösung der Epidermis.

Es ist bekannt, dafs sich die Epidermis vom Corium in vollkommenster Weise trennen läfst, nachdem die Haut durch 12 Stunden und darüber in 10prozentiger Kochsalzlösung gelegen hatte. Man kann eine so behandelte Epidermis mit einer Pinzette ablösen und dabei beobachten, dafs die Schweifsdrüsen-Ausführungsgänge nur mehr allein den Zusammenhang herstellen, bis auch sie abgerissen werden. Das gelingt jedoch nur an haarloser Haut; an der behaarten Haut verhindern nicht nur die Schweifsdrüsen, sondern auch die Haare selbst die mechanische Trennung. Dafür gelingt es an solcher Haut mühelos, die Haare mit einer Cilienpinzette herauszuziehen, wobei sämtliche epithelialen Wurzelscheiden am herausgezogenen Haare bleiben; manchmal haftet sogar dem herausgezogenen Haare die ganze Talgdrüse mit an. Solche Haare, in Glyzerin aufgehellt, gewähren einen ebenso lehrreichen Anblick wie die Schnitte durch die restierende Haut.

Diese so getrennten Bestandteile der haarlosen Haut kann man entweder einzeln histologisch behandeln, oder man kann das ganze scheinbar vereinigte Hautstück einer histologischen Behandlung unterziehen. An ersteren Präparaten wird man selbstverständlich sicher die nackten Grenzlinien zu Gesicht bekommen, an letzteren hingegen an den meisten Stellen. Ein Vergleich mit normalen Präparaten belehrt uns, dafs die hier in Rede stehenden Verhältnisse einen Rückschlufs auf die im Leben bestehenden ohne weiteres gestatten, so lange man nur die Grenzlinien allein beurteilt. Fig. 1 zeigt drei derartige nackte Coriumpapillen; das Bild ist kein neues, es findet sich unter anderen auch bei RANVIER. Allein worauf ich speziell hier hinweisen möchte, das ist eine deutliche Querfaltung der Papillenoberfläche, die besonders an der Papille links zu sehen ist, weil hier die Oberfläche eingestellt war. Dieser Fältelung entspricht eine leichte Zackung am Grenzkontur. Es hat dadurch die Oberfläche eine gewisse Ähnlichkeit mit einer zusammengefalteten Stiefelröhre. An anderen Stellen sieht die Oberfläche fein zackig aus, mit fingerförmigen Ausstülpungen.

Die auf diese Weise losgelöste Epidermis zeigt makroskopisch das Wabenwerk der Leisten und Papillen und es gelingt leicht, an Schnitten Stellen zu finden, die den in Fig. 2 abgebildeten gleichen. Rechts und links (in der Zeichnung) führt der Schnitt ins Rete, indes (in der Mitte) die Verbindungsbrücke, allmählich tiefer greifend, die Köpfe und schliefslich die Füfse der Basalzellen trifft.

Diese „Wurzelfüfschen" der Basalzellen sind aus den Werken und Abhandlungen von Kölliker[2] (I. Bd., S. 191), Ranvier[3] (S. 810 und 815), H. Rabl[4] (S. 32 und die folgenden), Kreibich[5] und anderen genügend bekannt. Diese Autoren stimmen in fast wörtlicher Wiedergabe des Gesehenen überein: Die basalen Epithelzellen stecken mit ihren Wurzelfüfschen in dem entsprechend negativ ausgeformten Corium.

Einen abweichenden Standpunkt finden wir nur durch Schütz[6] vertreten, indem er einen direkten Übergang von bindegewebigen Fasern aus dem Corium in die Epidermis durch Färbemethoden zu erweisen trachtet.

Die basalen Epithelien stecken also im Corium etwa wie die Zähne mit ihren Wurzeln im Kieferknochen. Mit diesem Vergleich ist namentlich dem mechanischen Momente Rechnung getragen, auf welches besonders Kreibich so grofses Gewicht legt.

Allein das Um und Auf kann in dieser mechanischen Verzahnung nicht liegen, sonst müfste die Verbindung nach Einwirkung der 10prozentigen Kochsalzlösung unverändert fortbestehen, zumal die morphologischen Einrichtungen durch das Reagens nicht weiter berührt werden.

Nun sind chemische Methoden, welche der Kochsalzmethode gleichen, schon des öfteren in der Histologie mit Vorteil zur Lösung ähnlicher Strukturverhältnisse angewendet worden. Geradezu klassisch sind in dieser Beziehung die Nachweise Rolletts, dafs die Sehnen aus Fibrillen bestehen, und dafs die quergestreiften Muskelfasern gleichfalls aus Fäserchen zusammengesetzt sind.

In unserem Falle genügt geringste mechanische Einwirkung, um die Trennung der beiden Schichten herbeizuführen, ein Beweis, dafs der Kochsalzlösung das Vermögen zukommt, biochemische Eigenschaften an der Verbindungsfläche zu paralysieren. Ja, noch mehr. Sie läfst er-

---

[2] Kölliker, Handbuch der Gewebelehre des Menschen, 6. Aufl. 1889.

[3] Ranvier, Technisches Lehrbuch der Histologie, 1888.

[4] Rabl, Hans, in Mračeks Handbuch der Hautkrankheiten, 1901.

[5] Kreibich, Karl, Zur Blasenbildung und Cutis-Epidermisverbindung. Archiv für Dermatologie und Syphilis, 63. Bd., S. 281 ff.

[6] Schütz, Josef, Über den Nachweis eines Zusammenhanges der Epithelien mit dem darunterliegenden Bindegewebe in der Haut des Menschen. Archiv für Dermatologie und Syphilis, 36. Bd., S. 111 ff.

kennen, dafs die biochemische Verbindung der Basalzellen mit der Basis eine wesentlich andere sein mufs als jene der Basalzellen untereinander und mit dem übrigen Epithel. Denn letzteres hält auch nach der Kochsalzwirkung noch immer sehr fest zusammen.

Diese biochemische Eigenschaft mufs dem Gesagten zufolge ganz besonders dem Fufsanteile der Basalzellen zukommen. Man ist keineswegs gebunden, eine zwischenliegende Kittsubstanz anzunehmen, welche etwa durch die Kochsalzlösung gelöst wurde. Es genügt, anzunehmen, dafs das Reagens den biochemischen Zustand dieser Zellpartien so ändert, dafs ihnen die Haftfähigkeit abhanden kommt. Das entspricht auch besser dem histologischen Bild an Schnittpräparaten.

Die Wurzelfüfschen stehen nicht gleichmäfsig aus allen Teilen des Fufses der Zellen heraus, sie nehmen, wie aus den der Fig. 2 zugrunde liegenden Präparaten hervorgeht, nur den zentralen Teil desselben ein. Das hängt, wie sich aus dem Zusammenhalte der Ergebnisse im dritten Teile wird erweisen lassen, damit zusammen, dafs, mechanischen Veränderungen entsprechend, die Basalzellen bald breiter, bald schmächtiger am Corium haften.

Reimt man sich die zwei vom nackten Corium und der nackten Epidermis gewonnenen Bilder zusammen, so wird am Epithel eine Art von Reihenstellung der büschelartig vorragenden Wurzelfüfschen auffallen. Aus den Räumen zwischen den Büschelwurzeln lassen sich Strafsen herauslesen (Fig. 2), welche, ebenso wie die Büschelreihen, parallel gerichtet sind. Offenbar fügen sich diese Reihen in die beschriebenen Querfalten der Papillen.

Durch diese morphologischen Einrichtungen, welche einer Verzahnung in der Tat ähnlich sind, wird die biochemische Anfügung des Fussteiles der Basalzellen wesentlich unterstützt: das scheint mir aus dieser Methode zu erhellen.

II. Die Isolierung der Epithelzellen.

Nichts erschwert die Auffassung des Zusammenhanges der Epithelzellen untereinander so sehr, als die Tatsache, dafs Epithelzellen durch die eingangs erwähnten Reagentien leicht voneinander zu trennen sind, und der Umstand, dafs an Schnittpräparaten direkt zellverbindende Fasern zu sehen sind. Der Widerspruch ist nur dadurch zu lösen, dafs man eine oder die andere Methode für trügerisch erklärt.

Es scheint mir, bei dieser Entscheidung geht man leichten Weges, und sie fällt zuungunsten der Schnittmethode aus. Nicht allgemein gesprochen, sondern mit Hinblick auf den vorliegenden Fall. Werden die Schnitte noch so dünn angefertigt, so ist die Beurteilung, welchen Verlauf, welchen Ursprung, welches Ziel die Gebilde von der Zartheit, Unregel-

mäfsigeit und Länge der RANVIERschen, beziehentlich HERXHEIMERschen Fibrillen nehmen, ein Ding der Unmöglichkeit, zumal man, um die Fasern deutlich zu Gesicht zu bekommen, für eine mehr minder ausgebreitete Aufhellung, für Kontrast des restierenden Gewebes Sorge tragen mufs. Umschifft man tatsächlich oder scheinbar durch glücklich ausgeführte Färbemethoden diese Klippen, so fällt man weiteren Täuschungen dadurch in die Arme, dafs die grofse Zahl von optischen Ebenen, welche der Blick durchmifst, eine genaue Determination unmöglich macht. Auf alles dies häuft sich schliefslich noch der Umstand, dafs die üblichen Verfahren der Härtung und Einbettung zu wesentlichen morphotischen Änderungen Veranlassung zu geben pflegen. Endlich ist nicht zu vergessen, dafs — wie weiter unten betont werden soll — die Form der Epithelzellen besonders im Rete MALPIGHI überhaupt starken Formveränderungen unterworfen ist.

Bei guten Isoliermethoden fällt ein grofser Teil dieser zu Irrungen führenden Momente hinweg. Vor allem sind optische Täuschungen im angedeuteten Sinne schlechterdings unmöglich. Die Hervorhebung eines färberischen Kontrastes ist unnotwendig, und eine allfällige Deformität spielt wenigstens bei der Isoliermethode mit Drittelalkohol, sowie MÜLLERscher Flüssigkeit für den vorliegenden Zweck so gut wie keine Rolle.

Aus diesen Gründen halte ich es für ein vornehmliches Postulat histologischer Forschung, zur Beurteilung dieser Fragen zum mindesten nicht sich auf die Schnittmethode allein zu beschränken und den Wert der Isolationsmethode nicht zu unterschätzen oder gar zu verkennen. Hat man aber, wie eingangs hervorgehoben wurde, gar noch andere Wege zur Lösung dieser Frage offen, dann wird man reine Schnittstudien nicht für ausschlaggebend ansehen.

An solchen isolierten Zellen, die man zudem vorteilhaft in Glyzerin untersucht, fehlt jede Andeutung von zellverbindenden Fasern. Wieder ist das Phänomen der Aneinanderfügung nur in der Weise zu erklären, dafs die Isoliermittel entweder eine Kittsubstanz lösen, oder dafs sie den Zellen die Fähigkeit, aneinander zu haften, benimmt. Mir scheint die letztere Annahme die richtigere zu sein, weil die Isoliermittel, der Alkohol, wie die Chromsalze der MÜLLERschen Flüssigkeit kaum eine kolloidale Substanz des menschlichen Körpers ungefällt lassen, und es fiele schwer, die kolloidale Eigenschaft einer solchen hypothetischen Kittsubstanz in Abrede zu stellen. Die Fällung aber müfste eher eine Isolierung behindern als begünstigen.

Eine Erwägung fiele bei Beurteilung der Isoliermethode allerdings schwer in die Wagschale, und das wäre folgende: Im Rete MALPIGHI verzweigen sich nachweislich marklose Nervenfasern. Wenn nun die Methode wirklich so untrüglich wäre, so müfste es ein leichtes sein, auf diesem Wege ganze Nervenzweige zur Anschauung zu bringen. Gelingt das nicht,

dann bleibt die Annahme offen, dafs zellverbindende Fasern auch bei der leisesten Gewalt des Isolierens ebenso abbrechen können als Nervenfasern. Dieser Einwand gilt auch der Frage des Zusammenhanges von Epidermis und Corium.

Dafs in beiden Fällen eine Läsion der marklosen Fasern vorliegen müsse, ist zweifellos. Allein nach allem, was man über die verschiedene Konsistenz der beiden Faserarten annehmen mufs, kommt den Epithelfasern eine bedeutend gröfsere Zähigkeit zweifellos zu. Sie haben unleugbar fast den Charakter elastischer Elemente, dafür spricht das gelegentlich korkzieherartig gewundene Aussehen. Die geringe Gewalt, welche zur Loslösung der Epithelzellen durch die genannten Reagentien notwendig ist und welche einem wahrhaftigen Zerstieben gleichzustellen ist, kann den Epithelfasern unmöglich etwas anhaben.

III. Mechanische Methoden.

An der Innsbrucker dermatologischen Klinik weilt gegenwärtig ein Mann, der am rechten Unterarm eine Tätowierung besitzt. Sie stellt eine Frauensperson dar, deren Kopf ich auf der Textfigur *b* naturgetreu nachgepaust habe. Sobald man die Haut parallel der Längsachse des Unterarmes anspannt, zerrt sich das Bild, wie dies auf der Textfigur *a* wiedergegeben ist. Spannt man die Haut senkrecht zur Längsachse, so verzerrt sich das Bild in einer Weise, wie sie gleichfalls nach einer Pause in *c* der Textfigur ersichtlich ist.

Welche histologischen Bilder entsprechen solchen Verzerrungen der Haut?

Sie sind, was das Corium anlangt, durch die ausgezeichneten Forschungen von Blaschko[7] und Lewinski[8] besonders klargestellt. Ich verweise deshalb auf die betreffenden Abhandlungen. Sie zeigen, welcher Verzerrungen das Corium fähig ist, dafs an gespannter Haut die Grenze zwischen Corium und Epidermis wie eine gerade Linie erscheint, und dafs das Maschenwerk der Epithelleisten unter solchen Umständen in beständiger Hin- und Herbewegung begriffen ist.

Auf das histologische Bild der Basalzellen und des Rete Malpighi habe ich bereits vor Jahren hingewiesen (Taf. II, Fig. 6).[9] Ich wiederhole hier nur, dafs die Basalzellen einer aufserordentlichen Verlängerung fähig sind, dafs ihre Kerne stäbchenförmig werden, dafs aber auch die

---

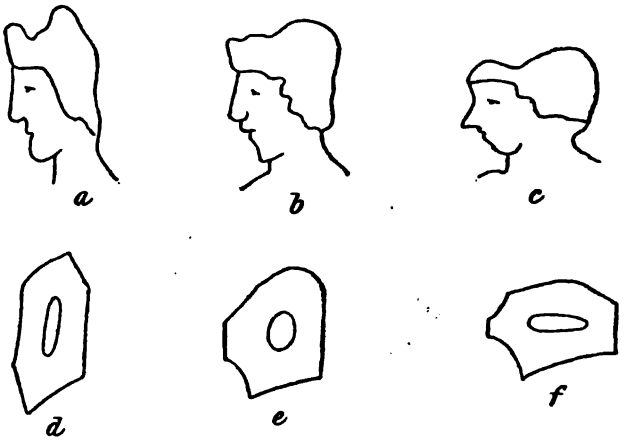
[7] Blaschko, A., Beiträge zur Anatomie der Oberhaut. *Archiv für mikr. Anatomie*, Bd. 30.

[8] Lewinski, Über Hautfurchen und Hautpapillen. *Archiv für Anat. und Phys.*, Phys. Abteilung, 1882. — Über die Furchen und Falten der Haut. *Virchows Archiv*, Bd. 92.

[9] Sitzungsber. der kais. Ak. d. Wiss. in Wien, 108. Bd., Juni 1899, III. Abt.

Kerne der Zellen des Stratum mucosum zu dünnen Spindeln werden, deren Längsachsen dem auf die Haut ausgeübten Zuge gleichgerichtet sind. Aus der Wiedergabe der Tätowierung auf der Textfigur läfst sich leicht ermitteln, dafs diese Verlängerungen der Basalzellen erhebliche sein müssen. Textfig. *d*, *e* und *f* geben schematisch diese Veränderungen wieder; *e* entspricht der ruhenden, *d* und *f* den gezerrten Zellen des Rete.

Es gibt aber eine Methode, welche die Veränderungen anschaulich macht, denen das Rete und die Basalzellen unterworfen sind, wenn man auf die Epidermis einen Zug senkrecht weg von dem Corium ausüben würde, wenn man also das Epithel vom Corium abziehen wollte. Diese Methode besteht darin, die ganze Haut ganz kurze Zeit bedeutenden Hitzegraden auszusetzen. Bekanntlich löst sich die gesamte Epidermis leicht vom Corium ab, wenn man beispielsweise die Leichenhaut kurze



Zeit in siedendes Wasser taucht. Auch an lebender Haut erfolgt eine ähnliche Abstofsung.

Untersucht man histologisch diesen Vorgang der Abstofsung an Hautstücken, welche etwa nur eine Minute diesen Temperaturen ausgesetzt waren, so stöfst man auf ein sonderbares histologisches Bild.

Das Rete Malpighi ist schlechterdings nicht mehr zu erkennen. An Stelle der eirunden oder kugeligen Kerne sind spindelförmige Kerne getreten, welche mit ihrer Längsachse senkrecht zum Corium stehen. Die Zellen selbst sind fast zu Fasern verlängert, welche vom Corium zum Stratum corneum sich parallel gelagert erstrecken. Derartige Bilder sind auch von Unna[10] schon beschrieben. Man glaubt, einen Schnitt durch glatte Muskelfasern vor sich zu haben, welche das Corium mit der Hornschicht verbinden.

[10] Unna, Die Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894, p. 83 und 84.

Derartige Bilder sind nicht ganz einwandfrei zu erklären. Am glaubwürdigsten erscheint es mir, anzunehmen, dafs das durch Wärme so leicht zu Formveränderungen geneigte Horn der obersten Schicht sich mechanisch nach der Oberfläche zu einwölbt und hierdurch einen Zug auf das Rete ausübt. Durch diesen Zug werden die Retezellen in der Richtung senkrecht zum Corium ausgedehnt, und ihr Plasma erstarrt durch die Hitzewirkung in dieser Form.

Diese angedeuteten Dehnungserscheinungen an den Zellen des Stratum mucosum und den Basalzellen scheint mit der vorliegenden Frage nach dem Zusammenhange der Epithelzellen nicht in direktem Zusammenhange zu stehen. Ihre Betrachtung erleichtert aber das Verständnis derjenigen histologischen Bilder, welche man erhält, wenn man frisch amputierte Haut mit einem Paquelinbrenner leicht ritzt und von solcher Haut Schnitte anfertigt. Aus solchen Bildern lassen sich dann Verhältnisse erschliefsen, welche namentlich für die Frage des Zusammenhaltes der Basalzellen mit dem Corium höchst bedeutungsvoll sind.

Zu diesen Bildern kam ich auf folgende Weise: Ich betupfte die Volarhaut einer eben amputierten Hand (oder Plantarhaut einer Zehe) ganz zart mit dem Brenner, so dafs makroskopisch kaum eine Wirkung zu sehen war. Durch die Hitzewirkung entstehen an der bezeichneten Stelle in der Hornschicht unzählige miliare Bläschen, welche das Epithel aufblähen und vom Rande her einen ebenso plötzlichen als kräftigen Zug aufs Rete ausüben. Am Rete sieht man infolgedessen in der Peripherie der betroffenen Stelle die Zellen ebenso in die Länge gezerrt, wie dies im grofsen für die Wirkung des kochenden Wassers geschildert wurde. Der Befund war ein ganz zufälliger, unbeabsichtigter. Er ist nur dann deutlich, wenn man die Berührung mit dem Glühkörper so kurz und zart wie möglich gestaltet hat.

Weil nun an Schnitten oder Schnittserien die interessierende Gegend zu rasch verschwindet, griff ich zu einem anderen Experiment. Ich erzeugte zarte Brandlinien. Wenn man mit halbwegs verständigem Geschick gearbeitet hat, so gelingt es, Furchen zu erzeugen, welche durch ausgiebige Strecken fast kongruente Schnitte liefern. Die Figuren 3, 4 und 5 sind solchen aufeinanderfolgenden Schnitten nachgebildet.

Fig. 3, beziehentlich das derselben zugrunde liegende Präparat zeigt sohin gewissermafser eine lineare Blase, deren Decke geplatzt ist. Die etwas dunkler gezeichneten und aufgetriebenen Ränder der Epidermiswunde sind durch die Hitze leicht verkohlt. Besonders deutlich ist diese Verkohlung des Randes in Fig. 4 wiedergegeben. In beiden Figuren ist ferner auf die Wiedergabe der zahlreichen Bläschen in der Hornschicht Rücksicht genommen. Sie werden gegen den Epidermiswundrand zu immer gröfser, stehen immer dichter beisammen, bis sie schliefslich kon-

luieren. Dort, wo die Decke geplatzt ist, war dieses Zusammenfliefsen so stark gewesen, dafs eine einzige grofse Blase sich entwickelt hatte. Die Gewalt des in derselben aufgetretenen Dampfes hatte zu einer Berstung der Decke geführt, welche um so leichter erfolgte, als die Decke überdies durch Brandwirkung widerstandsloser geworden war. Eine notwendige weitere Folge des Auftretens dieser „Hauptblase" war eine Spannungs- und Zugwirkung auf die Ränder.

Die interessantesten Veränderungen trifft man im Rete. Ich werde mir erlauben, dieselben an der Hand der Fig. 4 zu erläutern. Geht man vom unveränderten Rete aus, so fällt zuerst die eigentümliche Gleichrichtung der Kerne des Stratum spinosum auf. Die sonst oval, fast kugelig geformten Kerne werden spindelförmig, legen sich in den benachbarten Zellen parallel, und zwar in einer gegen das Blaseninnere zugekehrten Richtung. Die Basalzellen des Epithels zeigen eine solche Verzerrung der Kerne nicht so rasch. Sobald sie aber zu bemerken ist, findet man auch schon gleichzeitig bei schwachen Vergröfserungen einen ziemlich breiten, hellen Saum zwischen Corium und Basalzellen entstehen. Dieser Saum wird gegen das Blasenlumen zu immer breiter. Bei stärkerer Vergröfserung entpuppt sich der Saum als ein Wald von zarten, fadenartigen Plasmamassen, welche alle einesteils am Corium fest anhaften, teils sich gegen das Rete verlieren. Bei starken Systemen endlich, und je mehr man sich dem Blaseninnern nähert, desto mehr lösen sich diese Fäden als die Basalzellen auf, welche durch den Zug der aufschiefsenden Blase vom Corium weggezerrt, durch die Hitze koaguliert wurden und in dieser Form konserviert blieben. Fig. 5 soll diese Verhältnisse veranschaulichen. Man wird mir recht geben, wenn ich die Basalzellen in dieser Form kaum wiedererkannt habe. Sie gleichen, wie schon hervorgeboben, glatten Muskelfasern, welche Ähnlichkeit noch dadurch erhöht wird, dafs auch die Kerne ein spindelförmiges Aussehen haben. Gegen den Blasengrund zu begegnet man anfangs spärlich, später reichlicher abgerissenen Basalzellen, bis endlich der nackte Blasengrund, beziehentlich das nackte Corium vorliegt.

Dieses Verhalten wirft ein äufserst klares Licht auf die Art und Weise, wie die Basalzellen am Corium — ich mufs sagen — kleben. Eher reifst die Zelle auseinander, als dafs sie vom Corium auf mechanischem Wege zu lösen ist.

Ob die Grenzfläche des Coriums, auf welcher die Basalzellen, begünstigt durch die morphologischen Verhältnisse ihres Fufsteiles, vermöge ihrer biochemischen Eigenschaft haften, eine Grenzmembran sei oder nicht, diese Frage mufs ich offen lassen.

Ranvier nimmt eine solche an; H. Rabl stellt sie in Abrede; Kreibich beschreibt an Präparaten, bei welchen die Epidermis durch

Ödem, Maceration oder Entzündung langsam oder rasch zur Ablösung kam, daſs „die denudierte Oberfläche der Papillen den Eindruck einer glatten, zusammenhängenden Membran mache," nur sei diese Membran keine sogenannte Glashaut.[11]

Schon ein Blick auf das in Fig. 5 wiedergegebene Präparat zeigt, daſs die gezerrten Basalzellen auseinanderweichen, ohne irgendwie Spuren von verbindenden Fasern zu zeigen.

Key und Retzius[12] haben ferner durch Einstichinjektionen in die Epidermis vom Corium aus ein System feiner Gänge im Rete Malpighi zu füllen vermocht, was mir im Zusammenhalte mit den besprochenen Tatsachen dafür zu sprechen scheint, daſs eine solche Verbindung durch übertretende Fasern in den Retezellen überhaupt nicht besteht. Zudem sieht man gelegentlich Wanderzellen an wenig pathologisch verändertem Epithel die Zellen desselben einfach auseinanderschieben: ein Befund, auf welchen erst kürzlich Unna[13] hingewiesen hat.

Erklärung der Tafelabbildungen.

Fig. 1. Papillen einer normalen Sohlenhaut, durch 20 %ige Kochsalzlösung von der Epidermis getrennt. Gefrierschnitt. Die Loslösung erfolgte am Schnitte ohne weitere Gewalt, durch bloſses Auflegen des Deckgläschen. Glyzerinpräparat. Gez. bei Ok. 3, Obj. 8, eingeschob. Tub. Karminfärbung.

Fig. 2. Epidermis, isoliert. Basalste Partie. Leisten, teils schräge getroffen (an den Rändern der Zeichnung), teils der Oberfläche parallel (in der Mitte der Zeichnung). Hierdurch sieht man die Wurzeln der Basalzellen büschelweise über dem Zellkontur. Van Gieson-Färbung. Harzpräparat. Gez. bei Ok. 3, Obj. 8, ausgez. Tub.

Fig. 3. Querschnitt durch eine Paquelin-Brandfurche auf einer Sohlenhaut, knapp nach der Amputation der Extremität erzeugt. Es kam nur zu einer Durchtrennung der Epidermis, indes das Corium zwar Brand-, bezw. Hitzewirkung, aber keine Kontinuitätstrennung zeigt. Rechts und links die überhängenden, am Rand etwas verkohlten Epidermis-Wundlappen. In der Mitte das völlig entblöſste Corium. Hämatoxylinfärbung. Harzpräparat. Gez. bei Ok. 3, Obj. 1, eingeschob. Tub.

Fig. 4. Dasselbe Präparat, linker Wundrand. Epidermis ganz links normal anhaftend, gegen die Wunde zu die Basalzellen immer stärker haarförmig ausgezogen, schieſslich ganz vom Corium abgerissen. Gez. bei Ok. 3, Obj. 4, ausgez. Tub.

Fig. 5. Von demselben Präparat, aus dem rechten Wundrande. Die haar- und fadenförmig ausgezogenen Basalzellen, mit den Wurzeln noch am Corium anhaftend. Gez. bei Ok. 3, Obj. 8, ausgez. Tub.

Alle Linsen von Reichert.

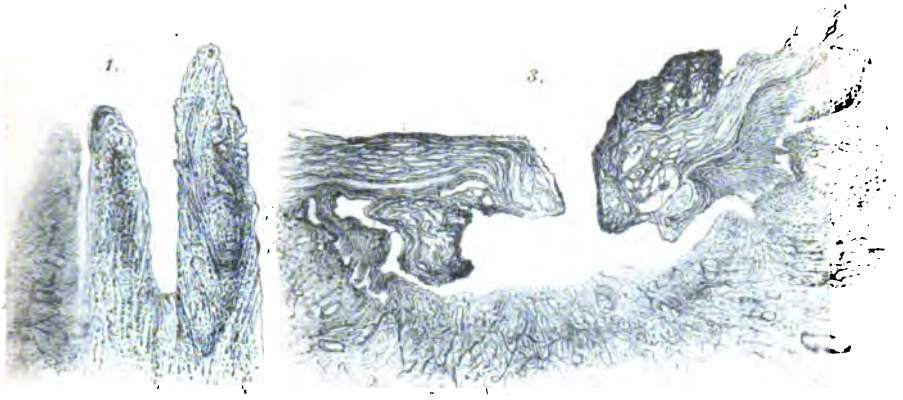
---

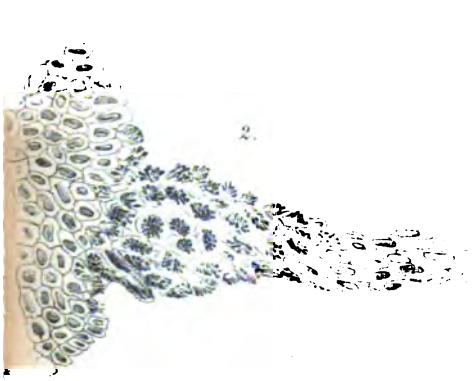
[11] Ranvier, Rabl, Kreibich, s. am angegebenen Orte.

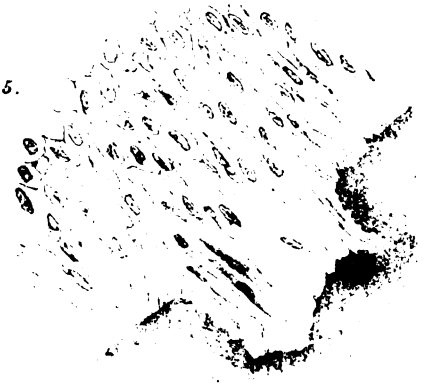
[12] Key und Retzius, Zur Kenntnis der Saftbahnen in der Haut des Menschen. Biolog. Untersuchungen, 1881.

[13] Unna, Eine neue Darstellung der Epithelfasern und die Membran der Stachelzellen. *Diese Zeitschrift*, 1903, Bd. 37, Nr. 8 und 9.

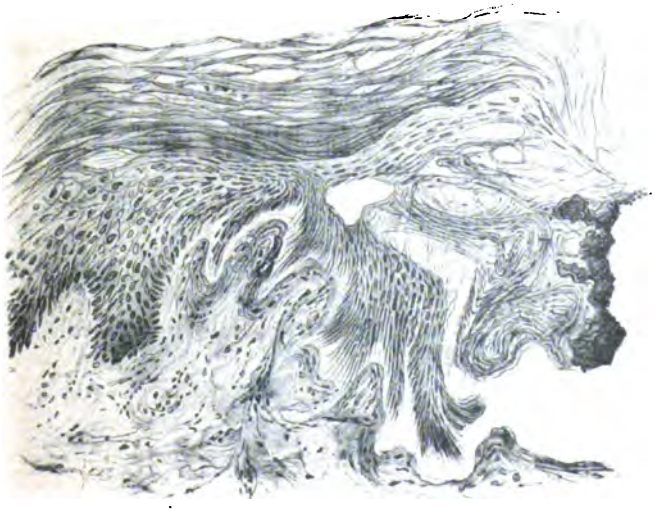
Merk.L.:Verbindung menschlicher Epidermiszellen.







4.



Lith Anst v Th Bannwarth Wien

Aus den Sitzungsberichten d. kais. Akad. d. Wiss., math.-naturw. Classe Bd. CXII Abth. III. 1903.

Über den Chemismus der Elastinfärbung und des Elastins sowie das spezifische Prinzip der Elastinfarbstoffe.

Von

Dr. med. A. Pappenheim.

(Fortsetzung.)

Unsere Kenntnis des Weigertschen Elastinfarbstoffes.

Der Weigertsche Farbstoff ist im wesentlichen ein Farblack, die Weigertsche Elastinfärbung eine adjektive Färbung und zwar keine successive Beizenfärbung mit Lackentwicklung im Gewebe, sondern eine simultane Lackfärbung.

Sie verwendet einen basischen Farbstoff (Fuchsin) mit saurer Phenolbeize (Resorcin, das ja dem Tannin nahe steht). Zum Unterschied von den gewöhnlichen sauren Farblacken ist der entstehende Fuchsin-Resorcinlack (ein ähnlich unechter Lack wie Karbolfuchsin, Karbolgentiana) noch durch Eisenchlorid, eine basische Beize, weiter oxydiert; es ist dieses also eine ähnliche Tripelverbindung wie die Löfflersche Geiselbeize Fuchsin-Tannin-Eisenchlorid. Wir hätten also einen sauren Lack besonderer Konstitution und höherer Oxydation, ebenso wie z. B. der basische Lack[4] Eisenhämatoxylinat höher oxydiert ist wie Alaunhämatoxylin, und entsprechend noch spezifischer, echter und qualitativ inniger färbt als letzterer. Ein solch besonderer Lack mußte auch nötig sein für das Elastin, welches von den üblichen sauren Lacken (Jodgentiana), wie wir sahen, nicht genügend vollständig gefärbt wurde.

Angehend den besonderen Chemismus dieses Farbstoffes, so ist, wie gesagt, bereits bemerkt, daß wir die Verbindung Fuchsin + Resorcin, ähnlich wie Karbolfuchsin oder Fuchsintannat, als eine Art Lack aufzufassen haben, eine Verbindung des basischen Farbamins mit dem sauren Phenol, und daß dieser Lack durch Eisenchlorid weiter oxydiert ist.

L. Michaelis faßt die Rolle des Eisenchlorids hierbei lediglich als oxydierende auf, da er auch durch sonstige Oxydationsmittel von Fuchsin-Resorcin, wie Ammoniumpersulfat, Elastinfarbstoffe erhalten hat.

Immerhin dürfte wohl, wo es einmal zur Anwendung gelangt ist, wie beim Weigertschen Resorcinfuchsin, das Eisenchlorid auch eine färbungs-

[4] Über höher oxydierte (und reduzierte) basische Lacke saurer Farbstoffe und ihren Unwert als Elastinfärbmittel s. u.

unterstützende, d. h. basisch beizende Wirkung haben, und bessere Dienste somit leisten als sonstige, nichtbeizende saure Oxydationsmittel. Jedenfalls ist sehr die Frage, ob bei anderen Farbstoffen als Fuchsin Ammoniumpersulfat brauchbare Beizenfarbstoffe liefert, und ob nicht Resorcin-Fuchsin-Eisenchlorid noch besser Elastin färbt als Resorcinfuchsinpersulfat.[5]

Jedenfalls liefert das saure Resorcin mit dem basischen Eisenchlorid ebenfalls eine Art Lack, wie denn ja auch Tannin-Eisenchlorid (Eisentannat) einen Lack, die Tinte, liefert, und selbst Karbolsäure + Eisenchlorid eine unbeständige, säureunechte, blaue Verbindung (UFFELMANNs Reagens) abgibt, ähnlich wie Salicylsäure-Eisenchlorid (cf.: Nachweis desselben im Harn).

Wir haben also eine Tripelverbindung aus basischem Farbstoff, saurer Beize und basischer Beize, die, im Gewebe fixiert, möglicherweise zur Avivierung noch einen sauren Phenolbeizenfarbstoff auf sich niederschlagen kann (Hämatoxylin, Rosolsäure, Eosin). Das saure Resorcin mit seinen zwei sauren Hydroxylen wirkt als Amboceptor zwischen basischem Farbstoff und basischer Metalloxydbeize.

Zwischen der WEIGERTschen und TAENZER-UNNAschen Färbung bestehen nun mancherlei Analogien; entsprechend muſs der Chemismus der beiden Elastinfarbstoffe ein nahe verwandter sein, da sie ja beide die einzig brauchbaren Elastinfärbungen abgeben, mithin dem Elastin adäquate chemische Eigenschaften haben müssen.

Erstens wird auch der WEIGERTsche Farbstoff in saurer, und zwar meist salzsaurer Alkohollösung verwendet.

Zweitens ist auch der WEIGERTsche violette Farbstoff ähnlich metachromatisch wie der TAENZER-UNNAsche. Er färbt ohne Zusatz in neutraler Lösung Schleim und Kerne rötlich (ROETHIG), wird durch Säurezusatz rein blau, und färbt in dieser schwarzblauen Nuance auch die Elastica. Es macht den Eindruck, als ob durch den Säurezusatz im Fuchsin bezw. im oxydierten Fuchsinresorcinat ein höherer Grad der Salzbildung, etwa ein diacides Salz gebildet wird, etwa so wie violettes Methylviolett chlorid durch viel Salzsäure erst blau (diacid), später grün (triacid) wird (Salzsäurenachweis im Magensaft); daſs also nicht ein Rosanilinchlorid, sondern Rosanilindichlorid hier in Aktion tritt; jedenfalls also hat die HCl in dem basischen Teil des Farblackes (Fuchsin) sich zu betätigen, ist nicht etwa

---

[5] Zusatz bei der Korrektur: Inzwischen habe ich konstatiert, daſs auch Gentianaviolett und auch Amethyst (Safraninviolett) mit Resorcin und Ammoniumpersulfat, sowie mit Resorcin und Kaliumsulfhydrat brauchbare Elastinfarbstoffe liefern.

das Chlorid des Lackes, sondern eher ein Lack des Rosanilindichlorids. Es wird also anscheinend das Chlorid als solches, also wie ein Farbsalz selbst, physikalisch, nach Art der Baumwollfarben, von der Elastinfaser aufgenommen, während das übrige Gewebe entfärbt bleibt. Auch hier, ganz analog wie beim sauren (i. e. angesäuerten) Orcein, müssen die freien Basicitäten durch HCl völlig gebunden sein (innere Salzbildung im Molekül), damit Elastinfärbung mittels weniger OH-Gruppen des sauren Farbstoffs (Orcein) oder sauren Lacks (WEIGERT) eintreten kann.

Neuerdings stellt GRÜBLER den WEIGERTschen Farbstoff in Trockensubstanz dar,[6] und als solcher wird er, ebenso wie das Orcein, in spirituöser Lösung verwendet, welche ebenfalls eine andere Farbe hat als die wässerige Lösung; die Moleküle lagern sich, bei der Lösung dissoziiert, in Alkohol optisch anders als in Wasser; cf. Jodwasser, Jodchloroform. Ist die Elastinfärbung nach UNNA eine substantive Färbung mit einem sauren Farbstoff besonderer Konstitution, so erhalten wir bei WEIGERT eine eigenartige adjektive Färbung mit einem basischen Farbstoff bezw. mit einem besonders konstituierten Farblack.

Möglicherweise ist auch der WEIGERTsche Farbstoff ein Baumwollfarbstoff und kann als solcher als Beize für nachfolgende weitere basische Farbstoffe dienen.

Es ist interessant, die Natur dieser beiden besonderen, noch wenig erforschten Färbemittel weiter aufzuklären und ihren Gemeinschaftlichkeiten nachzugehen; vermutlich wird das, was man bei dem einen findet, auch einen Analogiehinweis zur Erkenntnis des anderen geben, und wird man so feststellen können, auf welchem, beiden gemeinsamen Prinzip, das Wesen der Elastinfärbung beruht.

Orcein, das färbende Prinzip des natürlichen Farbstoffes der Orseille, verhält sich zur Orseille etwa ähnlich wie die Karminsäure zum Karmin bezw. zur Cochenille, das Hämatein zum Hämatoxylin bezw. Campecheextrakt.

Wie das Hämatein aus Hämatoxylin durch Reifen (Oxydation) an der Luft entsteht, so entsteht das Orcein aus der Orseille durch reifende Oxydation und zwar bei gleichzeitiger ammoniakalischer Fäulnis. Der Prozefs ist also ähnlicher, ja vielmehr der gleiche wie der der Entstehung der sogenannten Cochenille ammoniakale, die sich aus Karmin bei ammoniakalischer Fäulnis bildet, und von dem gewöhnlichen Karmin, also auch dem

[6] Bei GRÜBLER sind jetzt in Trockensubstanz auch die zur Elastinfärbung „gebrauchsfertigen" Farbstoffe Orcein und WEIGERT erhältlich, d. h. die „Chloride" derselben, i. e. die bei Zusatz von HCl entstehenden in der Nuance von den nicht angesäuerten Farbstoffen abweichenden Produkte „saures Orcein" und „saurer WEIGERT-Farbstoff".

karminsauren Ammoniak und Ammoniakkarmin, durch besondere Nuance und färberische Eigenschaften unterscheidet. Hier ist, im Gegensatz zum Ammoniakkarmin und karminsauren Ammoniak (Ammoniumkarminat) N in das Molekül der Karminsäure selbst eingetreten.

Künstlich stellt man jetzt die Cochenille ammoniakale her durch Oxydation von Karmin mittels H_2O_2 in ammoniakalischer Lösung (VAN WIJHE).

Ähnlich bereitet jetzt GRÜBLER das Orcein, dessen genaue chemische Konstitution noch ebenso unbekannt ist wie die der Karminsäure, durch Oxydation von Orcein mit Wasserstoffsuperoxyd in ammoniakalischer Lösung.

Das Orcein ist ein Diphenol und unterscheidet sich vom Resorcin durch das Plus einer Methylgruppe.

Hiernach ist das Orcein auch nur ein künstlicher Teer- und zwar Benzolfarbstoff.

Es entstehen bekanntlich die basischen Farbstoffe durch verschiedene Oxydationen des Anilins; aus ihnen stellt man dann weiter durch Sulfurierung und Nitrierung die Amidosulfosäuren usw. her.

So entsteht Anilingrün, Emeraldin durch Oxydation des Anilin resp. Anilinnitrat mittels Eisenchlorid. Das Anilinschwarz (Indulin, Nigrosin), Nigranilin durch Oxydation des Anilin mittels Kal. chloric.

So gibt Anilin in alkalischer Lösung mit Permanganat oxydiert Azobenzol usw.

Anderseits entstehen die primären Farbsäuren (Farbphenole) durch Oxydation von Phenol.

So gibt Phenol mit Chromsäure behandelt bloſs Phenochinon, mit H_2O_2 behandelt Chinon, Hydrochinon usw., mit Oxalsäure und Schwefelsäure behandelt aber Rosolsäure, einen wirklichen Farbstoff, während wir sahen, daſs es mit Eisenchlorid, ebenso wie Resorcin und Orcein, nur eine unechte blauviolette Verbindung (UFFELMANN) gibt.

Am besten vollzieht sich die Oxydation der Phenole in alkalischer Lösung, und die Oxydation des Orcein zur Herstellung von Orcein wird, wie wir sahen, sogar in ammoniakalischer Lösung vorgenommen. Das Orcein wäre somit ein saurer Phenolfarbstoff (Orcinfarbstoff) durch Oxydation von Orcin gebildet unter Eintritt von N ins Molekül, also somit, wie wir schon Eingangs aus empirischen Gründen vermuteten, ein in sich neutraler amphoterer Farbstoff. Der basische N-haltige Anteil, muſs durch HCl gesättigt werden, damit (mittels der freien OH-Gruppe) Elastinfärbung eintritt. Es wäre also das Formelschema der freien Orceinsäure (Amidophenol, Oxyamin) ungefähr folgendes: $X\begin{matrix}NH_2\\OH\end{matrix}$.

Ihr Natronsalz, welches das Stratum lucidum färbt (s. o.): HN—X—ONa.

Ihr Chlorid, welches Elastin färbt: HO—X—NHH · Cl.

Bevor ich nun auf die weiteren Analogien zwischen dem TAENZER-UNNAschen und WEIGERTschen Elastinfarbstoffe eingehe, will ich nur kurz gewisse Tatsachen hier aufzählen, die vorher schon empirisch gefunden worden sind. Sie beziehen sich allerdings ausschliefslich auf den WEIGERTschen Farbstoff. Wie wir schon hörten, sieht MICHAELIS[7] das Eisenchlorid im WEIGERTschen Farbstoff lediglich als Oxydationsmittel an, da er mit anderen Oxydationsmitteln, so Ammoniumpersulfat aus Fuchsin-Resorcin ebenfalls sehr brauchbares Elastinfärbemittel erhalten konnte. Diese Tatsache kann ich jetzt vollauf bestätigen. Anderseits hat FISCHER[8] gefunden, dafs auch das Resorcin, sowie die anderen es ersetzenden Phenole, völlig überflüssig sind, insofern als schon Fuchsin allein, mit Eisenchlorid behandelt, einen trefflichen Elastinfarbstoff in saurer Lösung abgibt; dieses ist natürlich nicht der Fall, wenn man im Gewebe die Fuchsinfärbung mit Eisenchlorid behandelt (siehe oben: substantive Elastinfärbung mit basichen Farbstoffen). Auch diese Angabe FISCHERS kann ich vollauf bestätigen. Indessen ist es die Frage, ob diese Fortlassung der Phenole bei allen sonstigen Elastinfarbstoffe bei der Oxydation liefernden Farbstoffen, oder nur beim Fuchsin zulässig ist. Für Gentianaviolett und Amethyst allerdings habe ich gefunden, dafs auch diese allein, ohne Resorcin, mit Eisenchlorid oxydiert, gute Elastinfarbstoffe liefern.

Anderseits habe ich sogar gefunden, dafs Fuchsin allein mit Ammonpersulfat ohne Resorcin oder mit sonstigem Phenol behandelt einen durchaus brauchbaren Elastinfarbstoff erzeugt. Indessen mufs wohl dem Fuchsin, Gentiana und den anderen hierbei positive Resultate gebenden Farbstoffen eine besondere, dieses gestattende (OH-haltige Karbinolbasen) Konstitution zukommen; denn wenn man Fuchsin durch Anilin ersetzt, welches, nach MICHAELIS nach dem WEIGERTschen Rezept zusammen mit Resorcin und Eisenchlorid behandelt, sehr wohl das Fuchsin ersetzen kann und dann einen guten Elastinfarbstoff liefert, wenn man solches Anilin allein mit Eisenchlorid oder gar Ammonpersulfat behandelt, so gibt es, wie wir sahen, nur basische schwarzgrüne Anilinfarbstoffe unbekannter Konstitution, die aber nie Elastinfarbstoffe in saurer Lösung sind.

Wir werden also für die folgenden Untersuchungen die Ansicht vertreten, dafs für das Fuchsin (Rosanilinkarbinolchlorid), bei Anwendung von Fuchsin zur Herstellung von Elastinfärbung, Resorcin sowohl wie sonstige Phenole völlig entbehrlich sind, werden aber im übrigen diesen Phenolen eine wichtige Rolle beim Zustandekommen von Elastinfarbstoffen zuzumessen haben. Sie nämlich sind es wohl in erster Linie, die die nötige OH-Gruppe liefern bei der Oxydation von OH-freien Leukobasen. Während

---

[7] L. MICHAELIS, *Deutsche med. Wochenschr.* 1901. Nr. 14.

[8] B. FISCHER, *Virchows Arch.* 1902. S. 170.

also die Aniline bei der Oxydation basische Farbstoffe, die Phenole primäre Farbsäuren liefern, entstehen bei gleichzeitiger Oxydation von Basen und Phenolen in sich neutrale Farbstoffe, die in saurer Lösung eine Affinität für Elastin dokumentieren.]

Es hat nun MICHAELIS bei seinen Studien zur Analyse des wirksameren Elastinfärbungsprinzipes des WEIGERTschen Farbstoffes jede einzelne der drei Komponenten einzeln durch andere ähnliche Körper ersetzen können. So hat er zuerst das Fuchsin durch andere basische Farbstoffe substituiert und statt Fuchsin auch Thionin, Toluidinblau, Kresylviolett, Methylviolett, Safranin und besonders schön Amethyst (Tetramethylsafranin) mit Resorcin und Eisenchlorid unter positivem Erfolge zu Elastinfärbemitteln kombiniert.

B. FISCHER hat diese Versuche aufgenommen und weiter fortgesetzt. Er fand, dafs gute, alkoholechte Elastinfärbung nur vom Fuchsin-Resorcin-Eisenchlorid (Fuchselin), ferner vom Safranelin und Vesuvelin geliefert wird, während die übrigen Farbstoffe unechte Elastinfärbung liefern. Er ist der Ansicht, dafs nur die alkoholechten Elastinfärber eine neue Art eigentlicher Elastinfarbstoffe repräsentieren, während es sich bei den anderen Farbstoffen nur um eine Färbung der mit Ferriresorcin gebeizten Faser mittels basischer Farbstoffe handelt. Jedenfalls hat Ferriresorcin (Phenoleisenchlorid, überhaupt saure Oxydationsprodukte von Phenolen, hierher auch Rosolsäure, ferner Pikrinsäure = Trinitrophenol) an und für sich eine gewisse native Affinität für „oxyphile" Elastica. Anderseits fand FISCHER, wie erwähnt, dafs schon Ferrifuchsin ohne Resorcin Elastica färbt, also ein Oxydationsprodukt des basischen Fuchsins, und somit müssen wir zu dem Resultat kommen, dafs sich die eigentlichen WEIGERTschen Elastinfarbstoffe aus zwei Komponenten, einem Oxydationsprodukt von Phenolen und einem Oxydationsprodukt basischer Farbstoffe zusammensetzen. Auch diese Angaben FISCHERS habe ich bei der Nachprüfung vollauf bestätigt gefunden, nur war ich von meinem Safranelin nicht so sehr entzückt wie FISCHER, fand dagegen Amethystelin ausgezeichnet. Schliefslich fand MICHAELIS, dafs Methylenblau keinen Elastinfarbstoff bei Behandlung mit Ferriresorcin liefert, und FISCHER fand, dafs auch Viktoriablau, das nach LUSTGARTEN gewisse natürliche Affinität zu Elastica haben soll, bei Behandlung mit Ferriresorcin keinen Elastinfarbstoff liefert, was ich ebenfalls, sogar schon vor FISCHERS Publikation, hatte feststellen können. Ich kann dem hinzufügen, dafs auch Malachitgrün, Buttergelb, Chrysoidin, Methylenazur, Rhodamin (ein basischer Baumwollfarbstoff), in entsprechender Weise behandelt, mehr oder minder unbrauchbare Elastinfärbung geben, während mit Indazinblau (basischem Indulin), Indoinblau (azotiertes Safranin),

Pyronin, Accidinrot, Capriblau, Nilblau, Neutralrot, Neutralviolett positive Resultate erzielt wurden. Ich kann ferner annehmen, dafs Viktoriablau auch mit Platinchlorid, oder Resorcin-Platinchlorid, oder Osmiumsäure, oder Platinchlorid-Osmiumsäure behandelt, keinen Elastinfarbstoff abgab.

Fragt man nach der Ursache dieses Verhaltens, so glaube ich, dafs folgende Annahme den Tatsachen entspricht.

Eigentliche gute alkoholechte Elastinfarbstoffe scheinen nur basische Farbstoffe mit möglichst zahlreichen freien (nicht durch Alkylierung in ihrer Basicität abgestumpften) Amidogruppen, also stark basische Polyamine zu liefern. Diese, zu denen Fuchsin und Vesuvin gehören, liefern schon ohne Resorcin oder sonstige Phenole eigentliche Elastinfarbstoffe, wahrscheinlich dadurch, dafs wenn durch die Oxydation mit dem Metalloxyd ein Hydroxyl in das Molekül eintritt, daneben noch Amidogruppen bestehen bleiben. Es entstände also vielleicht eine Form in sich neutralisierter amphoterer Amidooxyfarbstoffe. Schwach basische Farbstoffe (Chromgrün, Malachitgrün, Prune, Muscarin, Buttergelb, Viktoriablau) haben an und für sich schon zu stark saure Eigenschaften und liefern bei der Oxydation saure Farbstoffe, die wie die Pikrinsäure, schon ohne Säurezusatz zwar gewisse Affinität zum („oxyphilen") Elastin haben, aber praktisch doch, als zu schwach, nicht verwendbar sind. Saure Farbstoffe, Amidosulfosäuren, auch Säurefuchsin, liefern keine Elastinfärbemittel bei Behandlung mit Ferriresorcin, basische Nitrokörper, wie Methylengrün (nicht zu verwechseln mit Methylgrün), auch nicht.

Polyamine, die neben alkylierten (nicht phenylierten) Amidogruppen noch freie Amidogruppen besitzen, wie die metachromatischen Farbstoffe Safranin, Pyronin, Neutralrot, Acridinrot, Toluidinblau, Nilblau, Amethyst, Neutralviolett, Kresylviolett, Gentianaviolett, liefern mit Ferriresorcin auch schöne, aber weniger alkoholechte Elastinfarbstoffe.[9]

Vollständig alkylierte Farbstoffe schliefslich, wie das nicht metachromatische Methylenblau, liefern keine Elastinfarbstoffe. Also die Grundlage des Elastinfarbstoffes mufs eine echte Base sein; in sich neutrale basische Farbstoffe (Muscarin, Chromgrün) liefern bei der Oxydation weder ohne noch mit Resorcin brauchbare Elastinfärbemittel.

In Übereinstimmung damit scheint zu stehen, dafs, wie ich fand, in sich neutrale Farbstoffe, wie Nitranilin, Muscarin, Methylenviolett, Gallocanin, Prune, Resorcinblau, in saurer Lösung schon ohne Oxydation

[9] Man nimmt für viele dieser Farbkörper, wie Pyronin, Acridinrot, Neutralviolett, Hexamethylviolett, Amethyst vollständige Alkylierung an; demnach wären es Ammoniumbasen. Nach L. Michaelis zeigen aber das Phänomen der Metachromanie nicht die Ammoniumbasen sondern nur die Amidobasen, so dafs alle diese Körper doch wohl freie Amidogruppen führen müssen.

eine gewisse, allerdings weniger stark wie bei den eigentlichen Elastinfarbstoffen, ausgesprochene native Affinität für Elastica aufweisen, besonders unter Karbol- oder Resorcinzusatz und die salzbildende Säure durch eine schwache Farbsäure ersetzt ist.

Nach alledem werden wir das Elastin nicht für eigentlich oxyphil anzusprechen haben, sondern es für vorwiegend oxyphil mit starker basophiler Komponente (stark basisch mit zugleich sauren Eigenschaften) erklären müssen. Jetzt erinnern wir uns, dafs auch schon ISRAEL dem Orcein neben sauren, gewisse basische Eigenschaften nachgerühmt hat.

Erinnern wir uns ferner, wie Orcein hergestellt wurde, so hatten wir erfahren, dafs dieser Farbstoff durch Oxydation des Orcin in ammoniakalischer Lösung (nicht alkalischer) entstand, also als ein N-haltiger Phenolfarbstoff, ein saurer Farbstoff mit basischem Einschlag, aufzufassen ist. (Im Gegensatz dazu sind Muscarin und Methylenviolett basische Farbstoffe mit saurem Beiwerk.)

Wir finden also geradezu eine Analogie und Parallelität zwischen der Entstehung des TAENZER-UNNAschen und WEIGERTschen Farbstoffes

hier: TAENZER-UNNA: NH_4, Orcin, H_2O_2;

dort: WEIGERT: Fuchsin, Resorcin, Eisenchlorid.

Schon MICHAELIS hat bei der Analogie des WEIGERTschen Farbstoffes das Fuchsin aufser durch Farbbasen auch durch andere, nicht gefärbte Amine, durch Anilin, Paratoluidin und Methylanilin mit positivem Erfolg ersetzt, oder ferner das Resorcin durch Pyrogallol, Phenol, Orthokresol (Parakresol negativ) und Orcin.

Mittels Orthokresol hat auch schon SPIEGEL-ROETHIG einen prachtvollen Elastinfarbstoff aus Ferrifuchsin hergestellt, der im Handel (GRÜBLER) unter dem Namen Kresofuchsin erhältlich ist, während das WEIGERTsche Fuchselin (FISCHER) als Resorcinfuchsin (Resorcinfuchselin) entsprechend zu bezeichnen wäre.

Ich habe das Studium der von mir aufgedeckten Analogie zwischen dem WEIGERTschen und UNNAschen Farbstoff gleich nach dem Erscheinen der Arbeit von MICHAELIS, 1901, weiter verfolgt und bin dabei in dankenswerter Weise bei der Herstellung der Farbstoffe von Herrn Dr. HOLLBORN in Leipzig (i. Fa. Grübler & Co.) unterstützt worden. Meine Studien wurden 1902 von der Publikation FISCHERS überholt, dessen Resultate ich z. T. schon vor diesem gefunden hatte; namentlich hatte ich in praktischer Hinsicht schon vor diesem die Elastinfärbung mit blauer Tinktion der Kerne und VAN GIESONsche Nachfärbung kombiniert, resp. bei roter Karminkernfärbung mit Pikrinsäure-Indigokarmin nachgefärbt.

Ich werde im folgenden die sonstigen Resultate niederlegen, die ich mit Unterstützung von Dr. HOLLBORN gewonnen habe und welche im wesentlichen die Analogie der WEIGERTschen und TAENZER-UNNAschen Farbstoffe zum Gegenstand haben.

Zuerst habe ich mein Augenmerk auf die Bedeutung der sauren Lösung gerichtet, resp. die Rolle des Säurezusatzes, welche beiden Elastinfärbemitteln eigentümlich und für sie obligatorisches Ingredienz ist.

Wie wir sahen, müssen wir sowohl den UNNAschen substantiven wie den WEIGERTschen Beizenfarbstoff als von vorwiegend saurem (plasmophilem) Charakter mit basischer Einschaltung auffassen. Er scheint daher, wie schon oben ausgeführt, die Säure nicht sowohl die Acidität dieses Farbstoffes zu unterstützen, als vielmehr die Aufgabe zu haben, die basischen N-Atomkomplexe in einer Art interner Salzbildung zu sättigen. Diese Salzbildung kommt beim WEIGERTchen Farbstoff schon in vitro zustande, beim UNNAschen Farbstoff erst auf der Faser im Moment der Niederschlagsbildung (Schwebefällung). — Jedenfalls wird nicht eine freie Säure in der Faser chemisch zum Salz gebunden, sondern, wie bei den substantiven Baumwollfarben, eine Art Salz als solches in toto aufgenommen und physikalisch adsorptiv aufgelöst.

Ersetzung des Säurezusatzes. Schon UNNA[10] hat in einer bemerkenswerten Arbeit bei seinen Studien über Kollagenfärbung, als er das neutrale Orcein als sauren Kollagenfarbstoff ohne HCl-Zusatz verwenden und mit anderen sauren Farbstoffen kombinieren wollte, als zufälligen Nebenbefund entdeckt, daſs dabei auch eine Elastinfärbung mit abfällt. Dieses beruht m. E. einfach darauf, daſs hier die HCl durch Farbsulfosäuren, wie Säurefuchsin, Wasserblau, ersetzt war. Ich habe das Säurefuchsin durch Chromotrop, das Wasserblau durch Indigokarmin, also ebenfalls Sulfofarbstoffe, ersetzt und noch schönere Resultate erhalten.

Weiter bin ich dazu übergegangen, Farbstoffe andere chemischer Natur zu verwenden.

Daſs Pikrinsäurezusatz (Nitrofarbstoff) zur sauren Farbflotte sowohl bei UNNA wie bei WEIGERT die Färbung bedeutend unterstützt, ist schon lange bekannt. Ich fand, daſs auch schon Pikrinsäurezusatz ohne Salzsäure, ebenso Aurantia eine günstige elektive Elastinfärbung gewährleistet. (Das-

---

[10] UNNA, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1902. XXXIV. S. 359 ff., besonders S. 391 ff., S. 398 ff.

selbe ist prinzipiell, aber in weit schwächerem Maße der Fall durch einfaches, nicht nitriertes, ungefärbtes Phenol, also Karbolsäure.[11])

Auf diese Weise gelingt es auch, die FISCHERsche dreizeitige Successivfärbung: WEIGERTsche Elastinfärbung, Hämatoxylinkernfärbung, VAN GIESONsche Kollagenfärbung, in eine zweizeitige abzukürzen, indem man der Alaun-Hämatoxylinkernfärbung eine kombinierte Elastin-Kollagenfärbung mit UNNA-Orcein + Säurefuchsin-Pikrinsäure nachfolgen läßt.

Ferner habe ich die HCl durch einfache, nicht nitrierte Phenol- und Oxykarbonfarbstoffe ersetzt und das Orcein mit entsprechenden Farbstoffen kombiniert.

Ganz vorzügliche Resultate gibt Aurin, Rosolsäure, Corallin, Fluorescein. Hier wirkt der saure Farbstoff aber nur als Säure, also als Unterstützungsmittel für die Elastinfärbung durch Orcein, nicht selbst das Kollagen färbend. Weniger schöne Resultate erhielt ich mit Eosin und bleu fluorescente. Das Eosin verbindet sich stellweise lackartig mit dem beizenden Orcein und schlägt sich mit diesem auf dem Elastin und Kollagen nieder.

Eine Kombination von Orcein und Hämatein ergab sichtbare und kräftige, aber wenig elektiv vom Kollagen hervorgehobene Elastinfärbung ohne Kernfärbung. Orcein + Karminsäure gab etwas bessere Resultate. Auch hier verbindet sich das Hämatoxylin mit dem Baumwollfarbstoff Orcein ebenso wie mit Phosphormolybdänsäure und Tannin zu einer Art Lack.

(Eine Kombination von Hämatein ohne jede Metallbeize, aber mit anderen sauren Baumwollfarbstoffen (ohne Orcein), etwa mit Kongo, Benzopurpurin, St. Denisrot, gab schöne blaue Kern- und rote Plasma- und Kollagenfärbung; Elastin ungefärbt. Ich glaube, daß diese Kombination in der Histologie des Nervensystems an Stelle der MALLORYschen Färbung mit gewissem Erfolg anwendbar ist.)

Umgekehrt färbte sich das Elastin ebenfalls, sogar recht distinkt, aber nur sehr schwach und nicht gesättigt, wenn ich Orcein mit anderen substantiven Baumwollsulfofarben, wie Benzopurpurin und St. Denisrot, kombinierte.

Schließlich erhielt ich auch ganz vortreffliche elektive Elastin-, Kollagen- und Kernfärbung, wenn ich statt eines sauren Farbstoffes einen sehr schwach basischen bezw. säuerlich basischen Farbstoff wie Muscarin

---

[11] Mit nicht besonders gutem Erfolg, aber durchaus positivem Resultate hinsichtlich Elastinfärbung, habe ich die HCl auch durch Phosphorwolframsäure ersetzt, dagibt Gerbsäurezusatz bei UNNA wie bei WEIGERT völlig negatives Resultat (Lackbildung mit dem basischen Anteil des Farbstoffes bezw. mit überschüssigem vorhandenen Eisenchlorid; dagegen hindert Tannin im Prinzip nicht die Färbung mit anderen Baumwollfarben, etwa Congorot).

verwendete, also den sauren Amidophenolfarbstoff Orcein mit einem basischen Oxyamin kombinierte; haben wir doch oben gesehen, dafs diese amphoteren, schwach basischen Farbstoffe im Verein mit schwachen Farbsäuren ohne vorherige Oxydation Elastinfärbung liefern. Auch hier zeigt sich wie oben beim Ortho- (positiv) und Parakresol (negativ), dafs die Stellung der Gruppen von Wichtigkeit ist.

Bei der Kombination des Orcein mit Farbsäuren bildet also wohl die Farbsäure am basischen N-haltigen Bestandteil des Orcein eine Art Neutralsalz; es entsteht eine besondere Art neutraler Farbstoffe, die sich von denen unterscheiden, die entstehen, wenn man das saure Orcein mit basischen Farbstoffen mischt und die in einem Überschufs des basischen Farbstoffes löslich sind.

Ersetzte ich in gleicher Weise die Säure durch saure Farbstoffe bei der WEIGERTschen Färbung, so gab ebenfalls Pikrinzusatz statt HCl ausgezeichnete Resultate.

Ein Zusatz von Hämateinlösung gab kolossale kräftige und dunkel gefärbte Elastinfärbung neben diffus blauem Kollagen. Hier hat sich wohl auch Hämatein (wie bei der BENDA-Färbung) auf der mit Ferriresorcin gebeizten Elastinfaser niedergeschlagen.

Vorzüglich elektiv und kräftig präsentierte sich die blauschwarze Elastinfärbung neben orangegelbem, distinkt gefärbtem Kollagen, wenn ich einen sauren Phenolbeizenfarbstoff (ähnlich wie Hämatoxylin) verwandte, der zugleich Nitrogruppen (wie Pikrinsäure) und Sulfogruppen (wie Säurefuchsin) führte, also etwa Alzarinorange.

Zusätze von Säurefuchsin oder Chromotrop, ferner von Baumwollfarben wie Kongorot, St. Denisrot, und selbst vom baumwollfärbenden Orcein, liefsen ebenfalls mehr oder minder distinkte Elastinfärbung erkennen. Letztere Färbung, welche eine Kombination des TAENZER-UNNAschen und WEIGERTschen Farbstoffes darstellt, ist in ihrem theoretischen Resultat sehr interessant, wird aber im praktisch brauchbaren Erfolg von anderen unten zu besprechenden Kombinationen übertroffen.

(Fortsetzung folgt.)

Was lehrt uns die Geschichte der Syphilis-Hydriatik?

Von

Dr. J. Sadger, Wien-Graefenberg.

(Fortsetzung.)

Ich komme nun zu jenem Autor, der anscheinend die meiste eigene Erfahrung in der Syphilis-Hydriatik besafs (über 300 selbstbeobachtete Fälle), darüber die umfangreichste und, wie ich gleich hier hinzusetzen will, die wertvollste Monographie[16] publizierte, und vielleicht eben darum von keinem Fachmann mehr als im besten Fall streifend genannt wird. Der Wichtigkeit seines Buches entsprechend, das auch therapeutisch seine gröfstenteils eigenen Pfade verfolgt, und weil das meiste von seinen Lehren noch heutigen Tages mustergültig ist, sei jener Schrift die eingehendste Analyse gewidmet, wobei ich mich möglichst an die Worte des Originales halte.

Sie beginnt mit der allerentscheidendsten Frage: Kann Syphilis blofs symptomatisch geheilt werden, d. h. derart, dafs alle manifesten Zeichen verschwinden, oder auch radikal, will sagen so, dafs die Möglichkeit von Rückfällen ausgeschlossen und der Kranke von neuem befähigt ist, mit hartem Schanker infiziert zu werden. Mag auch der Satz, den Ricord aufstellte, der Mensch könne sich mit Syphilis nur einmal im Leben infizieren, es sei also jede sog. Heilung einzig und allein nur symptomatisch, zu weit gegangen sein, so gebe doch auf der anderen Seite selbst die chronisch-intermittierende Merkurbehandlung nach Fournier-Neisser trotz aller jahrelangen Dauer noch keine Gewähr, dafs die Lues tatsächlich von Grund aus geheilt und tertiäre Syphilis ausgeschlossen sei. Ja, es fehle sogar an einem vollständig sicheren Kriterium, ob das Virus der Syphilis im Körper noch latent oder etwa doch schon ausgeschieden wäre. In beiden Punkten habe die Hydriatik Abhülfe geschaffen.

Auch Pingler betrachtet das Quecksilber als das grofse Heilmittel, doch nur in dem Sinne, dafs es die Syphilitisträger augenblicklich tötet, sobald es ihnen handgreiflich begegnet. Ward aber durch dieses das Virus der Lues auch im Kreislauf vernichtet, dann kann es noch immer in den indolenten Bubonen sich keimfähig erhalten und von dort aus

---

[16] Die Syphilis, ihr Wesen und ihre gründliche Heilung auf kürzestem Wege. 3. Aufl. Berlin 1892.

stets neue Rezidive setzen. Nur wenn es gelingt, auch sämtliche Drüsentumoren zu beseitigen, vermöge man die Lues radikal zu heilen. Die Lockerung und Zerstörung aller Indurationen sei also die erste und Hauptaufgabe der Hydrotherapie und werde durch sie in einer so grofsartigen Weise gelöst, dafs PINGLER eine 30jährige Erfahrung die Überzeugung aufdrängte: Jede Syphilis, sei sie primär oder konstitutionell, kann auf den ersten Angriff in dem Falle fundamental geheilt werden, wenn dieselbe noch nicht durch allzulange Dauer und Zerrüttung wichtiger Organe, desgleichen durch hochgradige Dyskrasie des Trägers unbesiegbare Hindernisse entgegensetzt. Erforderlich ist von seiten des Kranken die strengste Folgsamkeit in Beobachtung aller ärztlichen Vorschriften und eine gewisse Ausdauer. In zweiter Linie sei die Wasserkur das sicherste diagnostische Reagens, ob ein anscheinend von Syphilis Geheilter gründlich von diesem Leiden befreit ist oder nicht.

Die wichtigste Aufgabe der Lues-Hydriatik ist also Beförderung der regressiven Metamorphose: „Das Wasser soll alle Wege freimachen, alle Barrikaden brechen, die sich dem freiesten Eindringen des eigentlichen Medikamentes, des Quecksilbers entgegensetzen, also sämtliche Indurationen entfernen.“ Unterstützt und vereinfacht wird diese Aufgabe durch körperliche Anstrengung (Turnen, Gymnastik, Holzsägen, Graben, am allerbesten Bergsteigen), durch möglichst sparsame, an plastischen Stoffen arme Nahrung und endlich durch Massage der Drüsentumoren. Da das Brennmaterial bei der kümmerlichen Nahrung nicht dieser entnommen werden kann, so mufs das Eiweis des Blutes und der Organe — und das syphilitische Virus ist ja an das Organeiweifs gebunden — desgleichen das Fettdepot als Ersatz dienen, folglich der Körper an Gewicht, das Blut an plastischen Stoffen abnehmen. Zur Erhärtung dieser theoretischen Prämissen zieht PINGLER seine Erfahrungen bei Krankheiten heran, die mit Exsudatbildung einhergehen, insbesondere Croup, Hydrocephalus acutus, Pleuritis und Peritonitis. Hunderte Male konnte er sich überzeugen, dafs oft schon während eines längeren Halbbades die durch das Exsudat bewirkten Zufälle gänzlich verschwanden oder sich wesentlich milderten, oft in höchst überraschender Weise. Ebenso wurden chronische, der Resorption zugängliche Exsudate durch die Hydrotherapie ebenso gründlich, wenn auch nicht in so kurzer Zeit zur Ausscheidung gebracht, nachdem durch die mehr erregende Methode der chronische Krankheitsprozefs in einen mehr akuten übergeführt ward.

Diesem theoretischen Raisonnement fügt er noch folgende Wahrnehmungen aus der Praxis hinzu: „Denken wir uns die Syphilis ringsum von einem schützenden Indurationswalle eingeschlossen, so würde es ihr zwar in den zahlreichsten Fällen gelingen, mit der Zeit durchzubrechen, allein diese Zeit könnte viele Wochen, selbst Jahre betragen. Denken wir uns

nun diesen Wall plötzlich beseitigt, dann dürfen wir mit aller Zuversicht erwarten, daſs von da ab in kurzer Frist die Syphilis einen Vorstoſs nach der einen oder anderen Seite mit sehr sinnfälligen Symptomen machen werde. Das ist nun durch die Praxis tatsächlich erwiesen. PRIESSNITZ erlebte diesen Fall so häufig, daſs er ihn als Regel aufstellte und den eigentlichen Heilungstermin vom Nachlaſs der Erscheinungen des rezidivierenden Merkurialismus und dem Wiederaufbruch vernarbter Geschwüre datierte. Ganz ähnliche Erfahrungen machte LAUDA und machten vielleicht alle Leiter hydriatischer Anstalten oft zu ihrer unangenehmen Überraschung, indem gewöhnlich in der sechsten Woche der Kur neue Ausbrüche der Syphilis Arzt und Kranke frappierten. Hiernach muſs der Satz, daſs durch hydriatische Eingriffe syphilitische Indurationen zur Lockerung und Resorption geführt werden können, als vollständig theoretisch wie praktisch begründet angesehen werden."

„Damit schlieſst aber die Aufgabe des Wassers noch keineswegs ab, Bei mit Merkur und Jod ge- und übersättigten Kranken soll es diese Stoffe aus ihrer Einbettung befreien, sie möglichst lange wirkungsfähig erhalten und, wenn sie entbehrlich geworden sind, aus dem Körper vertreiben. Der von Gift und Gegengift befreite Organismus bedarf einer um so gröſseren Rekreation, jemehr er durch Seuche und Kuren herabgekommen war; auch hier glänzt das Wasser in gröſserer Glorie. Hiernach behaupte ich: Syphiliskranke, die mit den vielgenannten spezifischen Mitteln ge- oder übersättigt sind, diejenigen, welche an der Syphilis-Kachexie leiden, gehören ausschlieſslich zur Domäne der Hydriatrie."

Was nun die spezielle Wasserbehandlung zunächst der Jod- und Quecksilberdyskrasie betrifft, welch letzterer man zu PINGLERS Zeiten weit öfter begegnete als heutigen Tages (s. hierzu die Äuſserungen LAUDAS in Anmerk. 2, die von unserem Autor in vollstem Maſse bestätigt werden), so treten die Reaktionserscheinungen der Wasserkur gegen Hydrargyrose um so sinnfälliger hervor, je heftiger diese ist, und um so rascher, je kürzer der Zeitraum seit der Merkurialisierung und je kräftiger die Wasserkur angewandt wird. Besteht z. B. Hydrargyrose erst ein bis drei Monate, dann erscheinen schon nach drei bis fünf Tagen genau die Erscheinungen wie nach Aufnahme des Merkurs (Foetor ex ore, metallischer Geschmack, bleifarbenes, wulstiges Zahnfleisch, Speichelfluſs etc. etc.), nur daſs der Arzt es in seiner Hand hat, sie grell oder mäſsig hervortreten zu lassen. War die Vergiftung hochgradig und wird sehr eingreifende Kur gemacht, dann kann der Speichelfluſs in weit kräftigerer Weise hervorbrechen, als dies während der Quecksilberkur selbst der Fall war, ja, mitunter einen wahrhaft erschreckenden Grad annehmen. Darum ist es besser, mit der Hydriatik nicht allzu stürmisch vorzugehen. Besondere Vorsicht erheischt der Kopf. Prozeduren, die ihn treffen, wie Waschungen und Regenbäder,

wagt Pingler erst, wenn alle sonstigen Vergiftungserscheinungen geschwunden sind, und auch dann nur ganz milde. Im Beginne bloſs Waschungen mit 24° Wasser von fünf Minuten Dauer (nur bei schönem Wetter), dann allmählich fortschreiten bis zu 12° und 10—15 Minuten Dauer, zum Schlusse erst Duschen (Regenbad von 30 Sekunden und Strahldusche auf Unterschenkel und Sohlen), auch diese anfangs mit Freilassung des Kopfes. Als Kurformen wendet er, wie aus Beispielen hervorgeht, die feuchte Einpackung von 25 Minuten mit nachfolgendem Halbbad (23°, sieben Minuten) an, abends das Sitzbad von 15° und sieben Minuten mit folgender Begieſsung der Unterextremitäten, endlich noch Leibbinde und Mundausspülungen neben karger Diät und Bettruhe an. Allmählich steigt dann die Dauer des Halb- und Sitzbades. Späterhin werden Gesicht, Stirn und Schläfe während der Bäder mit kaltem Wasser kräftig gerieben, zum Schlusse kommen noch erregende und Strahlduschen.

Die Behandlung der Lues selbst besteht aus einer Vorkur, deren Zweck, wie oben ausgeführt, ist, alle Wege frei zu machen, damit der Merkur das Virus der Syphilis überall zu erreichen vermag, und der eigentlichen Hauptkur (Hg-Inunktionen und Bäder), an welche sich passend eine Nachkur anschlieſst. Für die ganze Behandlung gilt zunächst eine Reihe diätetischer Vorschriften: Gut gelüftetes, mäſsig warmes Zimmer ohne Rauch, Staub und Tabaksdunst, auch bei Nacht geöffnetes Fenster; ausgiebige Promenaden und gymnastische Übungen, überhaupt körperliche Anstrengungen in freier Luft, am besten Bergsteigen. Nahrung der Quantität nach tunlichst beschränkt, der Qualität nach möglichst eiweiſsarm, womöglich also kein Fleisch, aber auch keine Hülsenfrüchte. Bei sehr kräftigen Personen nicht einmal Milch, sondern nur dreimal täglich Suppe (aus Gries, Reis, Graupen) mit etwas Weiſsbrot; bei weniger Kräftigen gekochtes Obst, Gemüse, Brei von Reis oder Gries, statt der Suppen morgens und abends $^3/_4$ Liter Milch; bei sehr Herabgekommenen auch Fleischbrühe und etwas Weiſsfleisch.

Vorkur. Da diese die Indurationen lockern und lösen soll, heiſst es, durch eingreifende Wärmeentziehung die Resorption steigern bei Belebung des Stoffwechsels. Am geeiguetsten erwiesen sich Pingler die Halbbäder von 23° oder Sitzbäder von 16—18°, Dauer und Wiederholung beider je nach der Konstitution des Kranken. Bei Personen kräftigster Art drei bis sechs Tage lang täglich zwei bis drei Halbbäder von 30 Minuten und selbst darüber oder Sitzbäder von 35—45 Minuten, welch letztere besonders dann vorzuziehen sind, wenn Lokalaffektionen an den Genitalien oder Leisten bestehen. „Dieser Eingriff ist bei der kargen Diät ein kolossaler und bringt die Stärksten rasch herab, so daſs täglich die Frage aufzuwerfen ist, ob man nicht vom dritten Tage ab die Zahl und Dauer der einzelnen Bäder abkürzen muſs. Diese Rücksicht besteht

bei minder Kräftigen vom ersten Tage an. Aber auch dem Schwächlichsten darf der Gebrauch der vorbereitenden Bäder nicht erspart werden. Unerachtet hierbei die Muskelkraft aufserordentlich abnimmt, der Puls kleiner und weicher wird, zeigt der Kranke wenigstens drei Tage lang das erquickliche Bild aller Wasserkurgäste, frisches Aussehen, feurigen Blick, mutiges Wesen, sogar die syphilitischen Symptome scheinen sich zu bessern. Aber zuweilen, bevor die erste siebentägige Periode abgelaufen ist, kommt gewöhnlich unter leichter Fieberbewegung ein gewaltiger Umschlag in allen Erscheinungen zur Wahrnehmung. Die Patienten fühlen sich krank, matt, angegriffen, sind ängstlich, haben erdfahles Gesicht, matte Augen. Auf den Arzt macht diese Wahrnehmung den Eindruck, dafs er der Entwicklung der Syphilisträger und ihrer Lebenstätigkeit Vorschub geleistet und ihnen die Bahn für tieferes Eindringen in den Organismus freigemacht habe. Dies ist der Zeitpunkt, in dem die spezifische Kur zu beginnen hat und vollständigen Erfolg verspricht, und zwar in kürzester Zeit (siehe Hauptkur).

Bei Kranken, die schon gröfsere Mengen Merkur eingenommen haben und von diesen Stoffen noch ein mehr oder weniger grofses Quantum im Körper haben, vermag die Wasserkur dasselbe aus seiner Einbalgung zu befreien und nach Belieben langsam, schnell, ja sehr schnell zur Ausscheidung zu bringen. In solchen Fällen genügt die vorsichtig angewandte Wasserkur für sich allein, in Verbindung mit den allgemein-diätetischen Vorschriften zur Entfernung aller syphilitischen Zeichen, ohne dafs Pingler je Rezidive erlebte.

Das Wasser vermag sowohl die Syphilis als den Merkur aus der Einbalgung zu befreien, den letzteren der Zeit nach freilich viel rascher. Unsere Aufgabe ist es, nun Gift und Gegengift gleichzeitig zu lösen und in direkte Berührung zu bringen. Die spezifische Kur darf nicht eher beginnen, als bis alle Bahnen für das heilende Medikament frei geworden sind. Und endlich darf vom Quecksilber nur der vorsichtigste Gebrauch gemacht werden. Sobald die Wirkung desselben sichtbar wird, müssen unter Aussetzung dieses Mittels die Pausen (Bädertage) solange nachfolgen, bis der Heilungsprozefs stille steht. Auf solche Weise ist Pingler selbst schon mit 4,5 g grauer Salbe ausgekommen.

Nebst Halb- und Sitzbädern und allgemeiner Diätetik gibt er in der Vorkur noch Priessnitz-Umschläge verbunden mit Massage. Die Indurationen werden mit erregenden Umschlägen versehen, und zwar derart, dafs vier- bis sechsteilige kalte Kompressen, nur mäfsig ausgedrückt, aufgelegt, mit sehr dicken Lappen trockenen Stoffes bedeckt und alle drei Stunden erneuert werden. Bei jeder Erneuerung werden die Drüsen fünf bis zehn Minuten mit Wasser von 12° R. in kreisförmigen Reibungen mittels eines kleinen Schwammes frottiert.

Hauptkur. Nachdem die Verkur bis zu freier Entwicklung der Syphilis energisch eingewirkt hat, beginnt nun PINGLER unter Beibehaltung der allgemeinen Diätetik mit den Inunktionen (hauptsächlich in die Unterextremitäten), abwechselnd mit Bädern. „Grundsatz ist, mit möglichst wenig Quecksilber auszukommen, nur soviel einzureiben, als zur Tilgung der Syphilis erforderlich ist, dem Merkur also nicht zu gestatten, sich häuslich im Körper niederzulassen. Auf der anderen Seite aber darf ihm ebensowenig nach kürzestem Aufenthalt das Hausrecht gekündigt werden, vielmehr ist er Tage und Wochen lang in Fluktuation zu erhalten bis zu vollständiger Lösung seiner Aufgabe. Dann hat der Mohr seine Schuldigkeit getan, dann kann er gehen." Die Reihenfolge der Kureingriffe ist folgende: Es werden einige Tage lang Einreibungen gemacht, das Baden aber ausgesetzt, dann kommt ein Zyklus von Bädern, hierauf ein solcher von Einreibungen (meistens ein dreitägiger), dem wieder Bädertage folgen. Der 1. Zyklus der Inunktion ist beendigt, sobald die Wirkung des Merkurs in munterer Entwicklung von Granulationen sich kundgibt, und der erste Bäderturnus ist beendigt, wenn der sichtbare Fortschritt der Besserung etwas zögert. Müssen die Kranken wegen Lokalzufällen das Bett hüten, so lasse man die Einreibungen früh morgens machen, weil die Resorption während des Tages gröfser ist als während der Nacht. Sind sie aber nicht bettlägerig, dann soll der Patient von acht Uhr früh bis vier Uhr nachmittags sich ins Freie begeben, womöglich Bergpromenaden machen, um vier Uhr zu Bette gehen und bei genügender Erwärmung des Körpers die Einreibungen vornehmen. Wenn man auch nicht mehr Merkur verwendet, als absolut erforderlich ist, so braucht man auf der anderen Seite bei obligater Wasserkur nicht allzu furchtsam zu sein, insbesondere beim ersten Zyklus der Einreibungen. Es mufs nach ca. vier Tagen eine auffallende Umgestaltung in den Symptomen eintreten. PINGLER beginnt mit einer täglichen Einreibung von 2,0 Ungn. einer. (auf jeder Seite 1,0) und mindert dies Quantum in jedem folgenden Zyklus, wenn die Wirkung eine sehr hervortretende ist, auf 1,8, 1,5 oder 1,0. Gewöhnlich genügen alles in allem 10,0—12,0 zur Tilgung sämtlicher Symptome, zuweilen viel weniger. In sehr hartnäckigen Fällen empfiehlt es sich 4,0 zu jeder Einreibung zu verwenden und dabei Arme, Brust und Rücken zu benutzen, im ganzen 60,0—100,0 und darüber. Während des Bäderzyklus kommt täglich ein Halbbad von 23° und 7—9 Minuten Dauer oder ein Sitzbad von 17—18° und zehn bis zwölf Minuten, in welchen Brust und Rücken leicht mit dem Badewasser eingerieben werden. Ein tägliches Bad reicht vollständig aus. In der vierten Kurwoche, nicht selten schon früher, verschwinden die letzten Reste von Syphilis.

Nachkur: „Ist dies Ziel glücklich erreicht, so pflegen die Patienten

gewöhnlich etwas zu rumoren. Sie plädieren für Abschluſs der Kur, wenigstens bessere Kost, etwas Wein u. dergl. Welchem Arzt aber die Tücke der Seuche vorschwebt, wird sich hüten, allzu konnivent zu sein, in der Diät wohl etwas nachgeben, im übrigen aber die Kur noch wenigstens sechs Monate lang fortführen, wenn auch in gemäſsigtem Grade, wofür folgende Ratschläge zu empfehlen sind: Patient soll alle Spirituosen und erhitzenden Gewürze vollständig meiden und sich, wo erstere nicht zu umgehen, mit leichtestem Wein oder Zider vermischt mit Selterswasser begnügen. Desgleichen soll er von dem Genuſs von Ochsen- oder Schweinefleisch, Eiern, Erbsen, Bohnen und Linsen gänzlich absehen, sich an Obst und Vegetabilien halten, sich der gröſsten Mäſsigkeit befleiſsigen und täglich ein kühles oder kaltes Bad nehmen, sei es in Form eines Halbbades von 21—23 ° R. mit kalten Übergieſsungen oder als Sitzbad von 15 ° und 25 Minuten oder als Fluſsbad oder Regendusche. Daſs auch die übrigen zur Zerteilung der Indurationen angegebenen Mittel stets im Auge behalten werden müssen, versteht sich von selbst. Bei sehr inveterierter Krankheit muſs diese Nachkur ein ganzes Jahr hindurch fortgesetzt werden, was um dessentwillen leicht geschehen kann, weil dadurch die Gesundheit des Patienten nur gewinnen, aber auch bei jahrelanger Fortsetzung nie geschädigt werden kann. Da ich jedem Patienten eindringlich einschärfe, lieber die Kur zu unterlassen, als willkürliche Abänderungen in der Diät zu treffen, so kommen Ausschreitungen gewöhnlich nur selten vor. Nach dem Schlusse der Kur rate ich, nach einigen Monaten oder in der nächsten Saison eine volle Wasserkur zu gebrauchen, inklusive Regenbäder und Duschen; bleibt diese ohne Rezidive (solche habe ich nur einmal gesehen), dann halte ich den Betreffenden für gründlich geheilt."

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Februar (4. März) 1904.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Pospelow sprach auf Grund der experimentellen Untersuchungen von Metschnikow, Roux und Lassar über die **Syphilis der Affen** und demonstrierte diesbezügliche Diapositive.

2. Bogrow stellte einen Kranken mit **Rhinophyma** vor, welches nach der Unnaschen Methode operiert worden ist. Vor etwas über drei Wochen wurde das 15 Jahre bestehende, nicht aus Acne rosacea hervorgegangene Rhinophyma von Dr. Napalko unter Cocainanästhesie operiert, was zu einem glänzenden Resultat geführt hat, wie der Vergleich mit der vor der Operation aufgenommenen Photographie ergibt.

Diskussion: Napalko fügt hinzu, dafs dieses Leiden bisher selten zur Operation gekommen ist, gewifs weniger, weil es an und für sich selten vorkommt, sondern weil das Resultat der Operation die Kranken nicht befriedigte. Die Methode nach Dr. Unna ist so einfach, dafs sie jeder Arzt ausführen kann, und gibt ein vorzügliches Resultat, wenn nur kein Rezidiv eintritt, was noch abzuwarten ist.

Pospelow bemerkt, der vorgestellte Fall ist in zweifacher Hinsicht interessant: einerseits beweist er, dafs dieses Leiden gar nichts mit Acne rosacea zu tun haben braucht, sondern auf einer Hypertrophie der Talgdrüsen beruhe, und indem er anderseits der Moskauer dermatologischen Klinik zum ersten Male Gelegenheit gab, die Unnasche Operationsmethode nachzuprüfen, welche zu einem glänzenden Erfolge führte.

3. Metscherski zeigte eine 33jährige Köchin mit **Atrophia cutis idiopathica**, die sich, nach Angabe der Patientin, allmählich im Laufe der letzten zwei Jahre entwickelt hat. Während die meisten der in der Literatur beschriebenen Fälle von idiopathischer Atrophie das Leiden auf dem Höhepunkt zeigten, sehen wir bei der vorgestellten Kranken dasselbe noch mehr im Beginn, in Gestalt geröteter Hautpartien auf den unteren Extremitäten mit Durchschimmern der Venen. Es würde sich somit hier um das erste Stadium der Atrophie, die sog. Erythromelie nach Pick, handeln. Die Kranke zeigt aufserdem Erscheinungen von Dermographismus, Endometritis und Endocervicitis und hat als Köchin sich oft bald der Hitze, bald der Kälte aussetzen müssen.

4. Bogrow führte den schon früher, vor Beginn der Behandlung, demonstrierten Patienten mit **Lupus erythematodes** auf der rechten Wange und Nase vor. Derselbe erweist sich als bedeutend gebessert unter der Holländerschen Behandlung mit Chinin innerlich und Jodtinktur äufserlich. Er hat im ganzen 71,0 Chinin geschluckt.

Pospelow proponiert, eine weitere in der Klinik befindliche Patientin mit Lupus erythematodes derart zu behandeln, dafs bei innerer Anwendung von Chinin nur die eine Hälfte des Lupus mit Jodtinktur gepinselt werden soll, die andere Hälfte aber nicht.

5. Sokolow demonstriert einen Fall von **Rhinosklerom** mit Metastasen in den regionären Lymphdrüsen. Das ist der neunte in Moskau beschriebene Fall, nämlich die in der Moskauer dermatologischen Gesellschaft vorgestellten Fälle von Kracht, Orlow, Lanz und ferner diejenigen von Stepanow, Bojew, Nikiforow, Pawlow und Michailow. Dieser Fall betrifft einen 29jährigen Landmann, welcher vor neun Jahren unter Jucken und Schwellung des rechten Nasenflügels erkrankt zu sein angibt. Viere Jahre später erkrankte dann der linke Nasenflügel. Augenblicklich sind beide Nasenflügel, die Nasenspitze und das vordere Drittel des Nasenrückens affiziert. Alle diese Partien fühlen sich bei normaler Haut hart an. Eine Sonde läfst sich nur mit Mühe einführen. Eine Atmung durch die Nase ist unmöglich, weshalb der Mund stets offen gehalten wird. Rechterseits sind die Submaxillardrüsen, wie die Drüsen längs dem M. sternocleidomastoideus vergröfsert und derb anzufühlen. Der Rachen und der Gaumen sind nicht verändert. Das Septum narium ist erhalten.

6. Metscherski stellte einen Fall von **Elephantiasis scroti et penis** vor, die eine sonderbare Entstehungsgeschichte hat. Im September v. J. entwickelte sich nämlich bei dem Patienten zuerst ein Ulcus praeputii, dann eine Balanoposthitis, darauf ein Oedema indurativum und allgemeine Syphilis. Trotz einer langdauernden, speziellen Kur hat das Ödem immer weiter zugenommen und zur Elephantiasis geführt, ohne dafs Erysipel vorherging. Es dürfte sich daher entweder um eine syphilitische Erkrankung der Lymphdrüsen oder um eine syphilitische Endophlebitis handeln. Auf dem Nacken des Patienten findet sich ein ausgesprochenes Leukoderma.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

Jahrgang VII, Heft 5. Februar 1904.

I. **Über Xeroderma pigmentosum mit besonderer Berücksichtigung der Blutveränderungen,** von C. Adrian-Strafsburg i. Els. Ein aus einer jüdischen Ehe zwischen Vetter und Cousine stammender zweijähriger Knabe zeigte als einziger in der Familie ein typisches Xeroderma pigmentosum. Der Knabe war sonst gesund und kräftig, auch macht ihm seine Krankheit bisher keine Beschwerden. Eigentümlich ist bei diesem Falle, dafs das erythematöse Vorstadium vor dem Auftreten der Epheliden nie vorhanden war, vielmehr stets die Pigmentationen direkt auftraten. Ferner ist interessant, dafs Patient einer jüdischen Familie entstammt, bei denen das Leiden relativ häufig ist (mindestens 24% aller Fälle) vielleicht auch daher, weil bei den Juden Ehen unter Blutsverwandten häufig sind. Die Blutuntersuchungen des kleinen Patienten ergaben keine nennenswerte Leukocytose, auch das Verhältnis zwischen weifsen und roten Blutkörperchen und ein- und mehrkernigen Zellen entsprach ungefähr der Norm. Der Hämoglobingehalt war etwas vermindert trotz Vermehrung der Erythrocyten. Punktierte Erythrocyten, pigmenthaltige Leukocyten und freies Pigment im Blute fehlte.

II. **Kurze Mitteilung zu dem Falle von Sklerodermie** (Bd. V, Nr. 4), von Leonhard Leven-Elberfeld. Im Anschlufs an eine Mitteilung über einen Fall von Sklerodermie teilt L. mit, dafs der Zustand der Haut derselbe geblieben ist, und Patientin ein völlig gesundes Kind geboren hat, welches sie selbst stillt. Konstant geblieben ist auch die erhöhte Pulsfrequenz von 110—130, auch trat eine Vergrößerung der Schilddrüse ein. Beides läfst den Verdacht gerechtfertigt erscheinen, dafs es sich vielleicht um Basedowsche Krankheit handelt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologische Zeitschrift.

Band XI. Heft 1. 1904.

I. **Über Impfversuche mit Syphilis am anthropoiden Affen,** von O. Lassar-Berlin. Die Experimente wurden an einem etwa fünf Jahre alten, kräftigen Schimpansen vorgenommen. Am 22. Oktober 1903 wurden an verschiedenen Stellen des Tieres, so an der Oberlippe, Frenulum linguae, über jeder Augenbraue Partikelchen einer frischen Neubildung, eines sekundärsyphilitischen Patienten eingeimpft, und ein wenig Gewebssaft in die lädierte Hautstelle eingerieben. Das Tier hat die Impfung gut ertragen und sich auch weiter eines guten Allgemeinbefindens erfreut. Vierzehn Tage später zeigten sich oberhalb der Augenbrauen erhabene Infiltrate, welche wegen der Form, Farbe, randförmigen Wulstung, des zentral-ulcerösen Zerfalles und der aufserordentlich langsamen Heilungstendenz als syphilitische Initialsklerosen gedeutet werden mufsten. Auch an der Stirn entwickelte sich ein ähnlich beschaffenes Infiltrat. Sämtliche Sklerosen zeigten noch nach sechs Wochen ein unverändertes Aussehen. Die Cervikal- und Okkipitaldrüsen sind induriert und geschwollen. Inzwischen ist es auch zu Allgemeinerscheinungen gekommen. Man sieht an den Handtellern und Fufssohlen, an den Armen, auf der Stirn, auf dem Kopfe, am Anus papulöse, an

menschliche Syphilis erinnernde Efflorescenzen. Auf dem Kopfe begannen die Haare in einer Weise auszufallen, welche an Haslund-Fourniers Alopecia specifica erinnern mochte. Verfasser hält es für zweifellos, dafs die Überimpfung der Syphilis auf Schimpansen möglich, und dafs für weitere Prüfungen hinsichtlich des Syphiliserregers das Testobjekt gewonnen sei.

II. **Über Röntgenbehandlung der Hautkrankheiten**, von H. E. Schmidt-Berlin. Nach den klinischen und histologischen Erfahrungen eignen sich für die Röntgenbehandlung vor allem zwei Gruppen von Krankheiten: 1. die sogenannten Haarkrankheiten Favus, Sykosis, Trichophytie und Hypertrichosis; 2. die epithelialen Neubildungen gutartigen und bösartigen Charakters, wie die Warzen, die Cancroide, oberflächlichen, inoperablen Carcinome.

Dazu kommt eine Gruppe von verschiedenen Krankheiten, bei denen die Röntgenbehandlung mit Erfolg in Anwendung gekommen ist: 3. Sarkom, Lupus vulgaris, Lupus erythematodes, Psoriasis, chronische Ekzeme, Acne vulgaris.

Für die Qualität der Röntgenstrahlen ist es von sehr grofser Bedeutung, ob man die hochevakuierten „harten", oder die niederevakuierten „weichen" Röhren benutzt. Die ersteren liefern Röntgenstrahlen, welche sehr stark penetrieren, also von der Haut nur wenig absorbiert werden. Sie sind deshalb auch weniger wirksam, als die von den „weichen" Röhren gelieferten Strahlen, die zwar sehr wenig Penetrationskraft besitzen, aber von der Haut sehr stark absorbiert werden. Bei den harten Röhren wird die Expositionszeit eine ungleich längere sein müssen als bei den weichen, um eine gleich starke Wirkung zu erzielen. Verfasser bediente sich in Anlehnung an die Kienböcksche Methode der „weichen" Röhren. Hier ist es nötig, bei jedem Patienten die „absolute Exposionszeit" zu ermitteln, d. h. diejenige Zeit, innerhalb deren man bei Anwendung einer weichen resp. mittelweichen Röhre bei bestimmter Stromstärke, Unterbrechungszahl und Entfernung einen einfachen Haarausfall ohne entzündliche Rötung hervorruft. Hat man diese absolute Expositionszeit ermittelt, so kann man erst bei der doppelten Dosis auf eine leichte Dermatitis rechnen. In der Mehrzahl der Fälle genügt die einfache Dosis. Für viele Fälle, namentlich bei kleinen circumskripten Herden, tut man gut, diese absolute Expositionszeit auf mehrere Sitzungen zu verteilen. Die Kienböcksche Methode hat den Vorzug, dafs man schneller eine stärkere Wirkung erzielt und dadurch dem Patienten Zeit, Mühe und Geld spart.

Verfasser verwendet bei Erkrankungen der Haut ein für allemal Röhren mit regulierbarem Vakuum, bei denen die Handknochen grauschwarz erscheinen. Die Umgebung der zu bestrahlenden Stelle ist vor der Einwirkung der Röntgenstrahlen durch Bleiblechplatten zu schützen.

Der Verfasser teilt einige Fälle mit, bei denen sich die Röntgenbestrahlung als wirksam erwiesen hat.

III. **Über eine besondere Form strichförmiger Hautausschläge**, von Felix Pinkus-Berlin. Der 26jährige Patient hat im Januar 1900 Syphilis akquiriert, wiederholentlich Kuren durchgemacht und seit Oktober 1900 keine luetischen Erscheinungen mehr gezeigt. Am 25. April 1903 stellte er sich mit einem Hautausschlage vor, der am 10. desselben Monats sich mit intensivem Jucken an der befallenen Stelle einleitete. Als der Patient nachsah, fand er von der Hüfte bis zum Knie einen Streifen roter Knötchen. Bei der Besichtigung durch den Verfasser erstreckte sich der Ausschlag in Form eines handbreiten Streifens von der Gegend des Trochanter major an der Aufsenseite des linken Oberschenkels abwärts, um nach einer sanften Biegung nach vorn in der Haut über der Kniescheibe zu enden. Der Streifen besteht aus stecknadelknopfgrofsen, rundlichen, ziemlich niedrigen, vereinzelt zugespitzten, häufiger

flachen, hellrötlich-braunen, leicht durchscheinenden, nicht schuppenden, hier und da mit harten Krüstchen bedeckten Effloreszenzen.

Ein Stückchen der befallenen Haut wurde exzidiert und mikroskopisch untersucht. Es bot sich das Bild einer leichten Dermatitis dar: „Exsudation von Serum und polynukleären Leukocyten in Cutis und Epidermis; Rundzelleninfiltration um die Gefäfse, während die Nerven frei bleiben; geringe Degeneration des Epithels (Parakeratose), oft ohne, zuweilen mit einem gewissen Reizzustand in der Epidermis (Akanthose)."

Ein zweiter Fall strichförmiger Knötchen- und Bläschenbildung mit ähnlichen, wenn auch tiefer greifenden histologischen Veränderungen berechtigt den Verfasser zu der Annahme, dafs „eine gewisse Art strichförmiger Dermatitiden nach klinischem Aussehen und nach histologischem Aufbau eine eigene Affektion für sich darzustellen scheint".

IV. **Atrophodermia erythematosa maculosa (Lichen planus atrophicus)**, von Wilhelm Wechselmann-Berlin. Der 35jährige Patient, der immer gesund war, bekam vor zwei Jahren infolge einer Rhinitis und Stirnhöhleneiterung sehr heftigen linksseitigen Kopfschmerz. Nach 14 Tagen kam es zum Durchbruch des Eiters durch die Nase, worauf Heilung eintrat. Bald darauf zeigten sich zuerst auf der linken befallenen Seite der Stirn erythematöse Flecke, die sich peripherisch ausbreiteten, während der zentrale Teil eine narbig-atrophische Beschaffenheit annahm. Sowohl die erythematösen Flecke, wie die weifsen atrophischen Narben fühlen sich weich an.

Verfasser bespricht die Differentialdiagnose. Er glaubt mit Rücksicht auf die Genese des Falles einen rein neurotischen Ursprung desselben annehmen zu können. Dafür spricht vor allem der Sitz der Affektion, die scharf im Gebiet des ersten Trigeminusastes lokalisiert ist.

V. **Fortschritte in der Lichttherapie**, von H. Strebel-München. Der Verfasser berichtet über eine neue Verwendungsweise des elektrischen Lichtes zum Zwecke der „Elektrophotokaustik" oder des elektrischen Lichtbrandverfahrens, bei welchem mit den aus dem elektrischen Starkstrom transformierten, intensivsten Wärmestrahlen des Voltabogens gearbeitet wird. Zur Ausführung dieses Verfahrens bedient sich der Verfasser einer Hand- oder Stativlampe, welche ein System von Linsen oder Spiegeln oder eine Kombination beider trägt. Dieselben dienen zur Konzentration der Wärmestrahlen eines Voltabogens, der durch wenigstens zwei Ampères Stromstärke erzeugt wird. Es kamen jedoch noch stärkere Ströme bis zu 20 Ampères zur Verwendung. Der durch Linsen oder Spiegel erzeugte Brennfleck erzeugt auf der getroffenen Hautstelle im Bereich der Belichtung eine grauweifse Verfärbung. Der Patient empfindet ziemlich lebhaften Schmerz. Hört man jetzt mit der Belichtung auf, so entsteht im Laufe einiger Stunden an der Stelle der verfärbten Haut eine Brandblase, die bei oberflächlicher, epidermoidaler Kaustik nach einer Woche eintrocknet und, ohne Spuren zu hinterlassen, abheilt. Bei längerer Einwirkung des Strahlenkegels bildet sich an den bestrahlten Stellen eine Eiterfläche, oder es kommt zuweilen schon nach wenigen Minuten zur direkten Verkohlung der Haut. Die zurückbleibenden Eiterflächen heilen erst nach Wochen mit Narbenbildung ab. Damit die kaustische Wirkung nur im Bereich des Strahlenkegels sich äufsert, empfiehlt es sich, gelochte Blenden vorzuschalten, durch welche es gelingt, event. auf Wunsch kleinste Brennflecke zu erzielen. Verfasser hat das elektrophotokaustische Verfahren zur Zerstörung von entstellenden und bösartigen Erhebungen der Haut, wie Warzen, Kondylomen, kleinen Tumoren aller Art, Varicen, Angiomen, Naevus planus, angewendet. Ulcus molle und Ulcus durum, torpide Geschwüre, Lupus erythematosus, offene Furunkel und Bubonen, tertiäre Luesgeschwüre wurden durch das Verfahren günstig beeinflufst und abgeheilt.

In der letzten Zeit ist es Verfasser gelungen, durch Benutzung wassergekühlter, doppelwandiger, gelochter Blenden, welche auf die zu bestrahlende Stelle aufgedrückt werden, eine derartige Abkühlung hervorzurufen, dafs das Verfahren der Kauterisation fast schmerzlos gemacht und selbst in der Sprechstunde ohne jede Narkose und weitere Vorbereitung vorgenommen werden kann.

Verfasser beschreibt sodann ein von ihm gefundenes einfaches Verfahren, durch welches das chemisch wirksame Licht von genügender Stärke in enge Körperhöhlen eingeführt werden kann.

Schliefslich hat er zu phototherapeutischen Zwecken eine neue wirksame Lampe konstruiert, welche mit starken Strömen von 40—80 Ampères arbeitet, jedoch nur kurze Brennweiten im Linsensystem besitzt, wodurch Belichtungsobjekt und Lichtquelle sich einander viel näher rücken als beim Finsenschen System. Bei fast doppelter Leistung stellt sich die Lampe auch billiger als die grofse Finseneinrichtung.

VI. **Mykosis fungoides**, von S. Sereni-Rom. Der Verfasser beschreibt sehr ausführlich die Krankengeschichte eines 16jährigen, an Mykosis fungoides erkrankten und gestorbenen Mädchens, teilt die Befunde bei der Autopsie, die Resultate der histologischen und bakteriologischen Untersuchung mit und knüpft daran eingehende Betrachtungen über die Symptomatologie, Differentialdiagnose und die zur Erklärung der Ätiologie und Pathogenese der Krankheit aufgestellten Theorien.

Einige Bemerkungen zur Therapie der Mykosis fungoides schliefsen diese umfangreiche, das Thema nach jeder Richtung hin erschöpfende Arbeit ab.

VII. **Über Entzündungen der Haut, welche durch Primula sinensis hervorgerufen worden sind**, von W. Retzdorff-Friedenau. Eine Dame bekam alljährlich zu ihrem Geburtstage — Mitte Oktober — als Geschenk eine Anzahl Primeltöpfchen. Im Jahre 1894, und zwar in der zweiten Hälfte des Oktober wurde sie zum ersten Male von unerträglichem Jucken, schmerzhafter Röte und Schwellung des Gesichts und der Hände befallen. Gleichzeitig bestand Herzklopfen und Schlaflosigkeit. Diese Erscheinungen wiederholten sich alljährlich wenige Tage nach dem Geburtstage bis zum Jahre 1901, wo endlich die Beteiligten dahinter kamen, dafs wohl die Affektion durch die Berührung der Blätter der Primula sinensis hervorgerufen sein könnte, denn sie verschwand gewöhnlich im Frühjahr zu einer Zeit, wo die Pflanzen in den Garten gestellt und bis zu ihrem Verblühen nicht wieder berührt wurden.

C. Berliner-Aachen.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Bd. II, Heft 5.

1. **Inwieweit können die Krankenkassen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beitragen?** von Albert Neisser-Breslau. Der Verfasser setzt seine im vierten Heft begonnenen Betrachtungen über die so überaus wichtige Hilfe fort, die auch die Krankenkassen der Prophylaxe der venerischen Krankheiten leisten können. Auf allgemein praktische Mafsnahmen hinweisend, betont der Verfasser die Notwendigkeit obligatorischer Fortbildungsschulen und die Aufhebung des Unwesens der Schlafstellenvermietung, damit zusammenhängend die Errichtung von Ledigenheimen. Hiermit soll die Jugend sittlich und geistig gehoben und vor sonstigen Schädigungen des Einflusses der Grofsstadt und vor dem Wohnungselend bewahrt werden. Die Kassen könnten versuchen, beschäftigungslose Arbeiterinnen vorübergehend unterzubringen und zu beschäftigen, wenigstens ihnen jederlei Rat zu gewähren, so besonders darüber, dafs es auch eine freiwillige Mitgliedschaft bei den Krankenkassen gibt. Neisser hält es nicht für ausgeschlossen, die Mitglieder der Kassen auf den Wert einer per-

sönlichen Prophylaxe und auf die gegen venerische Erkrankung schützenden Mittel hinzuweisen. Das hätte durch die Ärzte und überdies mit gröfster Vorsicht, Schonung und Takt zu geschehen. Die Belehrung mufs sich auf die Mitglieder beiderlei Geschlechts erstrecken. Ob die Kassen das Recht haben, allen diesen Zwecken ihre Gelder zuzuwenden, ist jedoch zweifelhaft. Der Gesetzgeber müfste hier helfend eingreifen. Wie steht es aber mit der Erfüllung jener Forderung, über die kein Zweifel herrscht — nämlich möglichst schnell jeden Krankheitsfall zur Heilung zu bringen? Am besten ist es, wenn jede frische Geschlechtskrankheit im Krankenhaus behandelt wird. Das ist sowohl für die Aussichten der Heilung und der Vermeidung von Komplikationen, als auch für den Schutz der Umgebung zweifellos empfehlenswert. Den Tripper des Weibes zweckmäfsig anders als im Spital zu behandeln, ist überhaupt nicht denkbar. Auch eine wirklich starke, besonders die erste Syphiliskur, läfst sich nur bei klinischer Behandlung gut durchführen — Bäder, Schwitzen, Ernährung, Kontrolle! Besonders schwierig gestaltet sich jede Behandlung ambulanter Art beim Arbeiter und armen Manne. Infolge Vermeidung weiterer Ausgaben für Rezidive, Komplikationen, Folgezustände usw. würde sich sogar für die Kasse dies Prinzip der Krankenhausbehandlung aller frisch Geschlechtskranken finanziell durchführen lassen. Natürlich müfste auch der Widerstand des kranken Publikums gegen eine Spitalbehandlung gebrochen werden. Dieselbe beruht einerseits auf finanziellen Erwägungen, da verheiratete Kranke das zur Unterstützung ihrer Familie nötige Krankengeld bei Spitalbehandlung verlieren würden, anderseits auf der Vorstellung, dafs etwas von der Erkrankung in die Öffentlichkeit dringen möge, und dafs im Krankenhaus der Geschlechtskranke als Patient zweiter Klasse angesehen werde. Diese Gründe und der mangelnde Raum für Venerische in den Krankenhäusern werden dafür sorgen, dafs unser Wunsch, alle frischen Fälle von Venerie dem Spital zuzuführen, nicht in vollem Umfange in Erfüllung gehen wird. In gewissen Fällen schwerer Erkrankung, starker Infektiosität und mangelnden Gehorsams gegen die ärztliche Verordnung wird man den Kranken unbedingt ins Krankenhaus schaffen müssen, unter Umständen sollte man das sogar gegen seinen Willen. Dasselbe fordert Blaschko für alle Geschlechtskranke aus den Nahrungs- und Genufsmittelgewerben. Wichtig ist hierbei die Einrichtung der Krankenkontrolleure. Was soll aber mit solchen Geschlechtskranken werden, die, entgegen dem Rate des Arztes, ungeheilt das Krankenhaus verlassen? Für der Prostitution verdächtige weibliche Kranke liefse sich hier an polizeilichen Zwang und Strafe denken, für männliche Personen käme wieder eine scharfe Beobachtung durch die Kontrolleure in Frage (Ordnungsstrafen). Auch die Errichtung von Tagessanatorien für Geschlechtskranke ist in Erwägung zu ziehen, soweit es sich um erwerbsunfähige Kranke handelt, die sich keiner Krankenhausbehandlung unterziehen wollen. (Schlufs folgt.)

2. **Die Sexualhygiene des alten Testaments,** von Wolzendorff-Wiesbaden. Die Führer des Judenvolkes erkannten schon in seinen jüngsten Zeiten die volkswirtschaftliche Wichtigkeit eines gesunden Geschlechtslebens. Die in den Gesetzen des alten Volkes festgelegte Sexualhygiene hat sich auch später in der Zerstreuung der Juden in bestem Sinne geltend gemacht. Die Besprechung der Abhandlung wird erfolgen, sobald ihr Schlufs im nächsten Heft erschienen ist. *Hopf-Dresden.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1904. Heft 2.

1. **Untersuchungen über die Differenzen bei der normalen Funktion der beiden Nieren,** von J. Albarran.

2. **Totale transvesikale Prostatektomie vom suprapubischen Blasenschnitt aus: Freyersche Operation**, von E. Loumeau-Bordeaux. Die perineale Prostatektomie, die zurzeit in Frankreich wenigstens als die weitaus beste Operation bei Prostatahypertrophie gilt und in der Tat vorzügliche Resultate ergibt, hat den Nachteil, daſs sie fast immer zur Impotenz und in einer groſsen Anzahl von Fällen zu einem gewissen Grad von Harninkontinenz führt. Diese unangenehmen Erscheinungen fehlen bei der von Freyer-London angegebenen und empfohlenen Methode der totalen transvesikalen Prostatektomie vom hohen Blasenschnitt aus. Bei diesem Verfahren wird nach Anlegung des suprapubischen Blasenschnittes die hintere Blasenwand über jedem prostatalappen inzidiert und ein Lappen nach dem anderen mit dem Finger ganz oder in einzelnen Stücken ausgeschält und entfernt; die Schnitte in der hinteren Blasenwand brauchen nicht vernäht zu werden, sie legen sich nach Entfernung der hypertrophischen Prostata von selbst sehr gut aneinander an. Bezüglich der näheren Details der Operation verweist L. auf die Publikationen von Jarvis und Proust und von Carmouze. (L. stellt die Freyersche Operation als eine im Prinzip vollständig neue hin; das ist sie aber doch wohl nicht, mögen auch die technischen Einzelheiten neu sein. Ref.) Diese Methode hat L. bei einem 80jährigen Manne mit ungewöhnlich starker Prostatahypertrophie in Anwendung gebracht. Der Erfolg war ein glänzender: der Patient, dessen Prostata 140 g wog, erholte sich sehr rasch und konnte seine Blase bald spontan und vollständig entleeren; es trat keine Spur von Inkontinenz auf, der Urin wurde klar, die Zahl der Miktionen nahm ab. Die nicht geringe sexuelle Potenz des Achtzigjährigen (!!) wurde durch die Operation nicht beeinträchtigt, er hat das mehrfach durch die Tat bewiesen. — L. glaubt, daſs die technisch verhältnismäſsig einfache Operationsmethode Freyers sich auch weiterhin sehr gut bewähren und einbürgern wird.

3. **Ein sehr einfaches Verfahren zur Trennung des Urins der beiden Nieren**, von Nicolich-Triest.

Heft 3.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparates: Tuberkulose der Blase, von Noël Hallé und Boleslas Motz. Der Artikel wird fortgesetzt. *Götz-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1904. Heft 2.

Untersuchungen über die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Urin, von Carle und Boulud-Lyon. Um die Frage zu entscheiden, welche Art der Quecksilberanwendung die wirksamste sei — Einreibung, innerliche Darreichung oder Einspritzungen —, haben die Verfasser, wie vor ihnen schon viele andere, eine Reihe sehr eingehender Untersuchungen angestellt, um zu bestimmen, bei welchem der drei Verfahren das Quecksilber zuerst im Harn erscheint und am längsten darin nachzuweisen ist. Das Ergebnis war ein überraschendes. Es zeigte sich kein erheblicher Unterschied in diesem Punkte, gleichviel welchen Weg man wählte; das Hg erschien im Mittel immer fünf Stunden nach seiner Einverleibung. Desgleichen lieſs sich das Medikament durchschnittlich 1—7 Tage nach seiner Einführung im Harn nachweisen. Die beobachteten Schwankungen fallen viel mehr dem Individuum, als der Anwendungsweise des Quecksilbers zur Last. Die verschiedenen Personen, und die nämliche Person an verschiedenen Tagen, verhalten sich in diesem Punkte ganz verschieden. Am schlimmsten ist es in dieser Beziehung mit den Einreibungen bestellt:

je nach der behandelten Person erscheint und verweilt das Quecksilber hier mit einer „trostlosen Eigenwilligkeit". Die Verfasser teilen aber auch einen Fall mit, in welchem das Hg von der Haut gar nicht resorbiert wurde und trotz grofser Mengen (10,0 für die Einreibung) nicht im Harn erschien, den syphilitischen Prozefs auch in keiner Weise beeinflufste. Damit wird also die alte Beobachtung von neuem bestätigt, dafs es Individuen gibt, deren Epidermis dem Quecksilber den Eingang verwehrt.

Ein Fall von Larva migrans, von E. Lenglet und Paul Delaunay. Der 39jährige Patient hatte einen Furunkel an der Aufsenfläche seiner Wade — im französischen Text wird einmal von der linken, einmal von der rechten Wade gesprochen; der Ref. — mit lebenden Schnecken bedeckt. Der Furunkel heilte unter diesem Verband. An seiner Stelle entwickelten sich nun aber Gänge, die mit serösem Eiter gefüllt waren, und über denen die Epidermis teils blasse, teils Weinhefenfarbe annahm; sie waren bis zu 3 mm weit und bildeten auf der Haut ein Relief. Der mutmafsliche Parasit arbeitete sehr schnell, stellenweise drang er in 24 Stunden 3—4 cm vor. Das Leiden war von intermittierendem, aber starkem Juckreiz begleitet. Trotz sorgfältigster Mühen ist es den Verfassern nicht gelungen, den Parasiten zu Gesicht zu bekommen; in dieser Beziehung sind nur russische Ärzte vom Glück begünstigt gewesen. Durch Pinselungen mit Jodtinktur wurde das Leiden in einer Woche beseitigt.

Histologisch ist bemerkenswert, dafs der Prozefs sich innerhalb der Epidermis abspielte. Die Gänge scheinen sich erst nachträglich zu bilden, nachdem der Parasit sie schon verlassen hat, und zwar scheinen sie durch eine Art Verdauung der Zellen zustande zu kommen, so dafs die Gänge einen viel gröfseren Durchmesser besitzen, als man nach dem Umfange des Parasiten vermuten sollte. Die Verdauung wird durch Toxine oder Dejektionen des Parasiten eingeleitet.

Über das Ulcus durum des Collum uteri und über seine ulceröse Form, sowie seine mögliche Verwechslung mit dem Epithelioma uteri, von G. Thibierge. Im ganzen bekommt man den syphilitischen Schanker des Collum uteri selten zu Gesicht; denn dank seiner Lage, durch die er vor mechanischen Reizen geschützt ist und in einer beständigen feuchten Wärme gehalten wird, verschwindet er sehr schnell wieder und ist beim Auftreten der Sekundärerscheinungen nicht mehr nachweisbar. Von den beiden wichtigsten Symptomen des harten Schankers fehlt das eine, der Leistenbubo, beim Ulcus colli uteri fast immer; das andere, die Verhärtung, läfst sich mit einer Sonde leicht nachweisen. Auf die Tatsache, dafs das Ulcus durum colli uteri sehr leicht blutet, macht wohl Th. hier als Erster aufmerksam. Es kommen aber auch Fälle vor, in denen das Ulcus colli so beschaffen ist, dafs man an alles eher als einen Schanker denkt. Zwei solche eigene Beobachtungen teilt Th. mit. In der einen sah man an Stelle des Schankers eine tiefe, mit breiigem Exsudat bedeckte Ulceration; in der anderen waren zwei Ulcera vorhanden, waren aber so eigentümlich, dafs sie ein Epitheliom vortäuschten; wäre nicht gleichzeitig auch ein vulvärer Schanker vorhanden gewesen, so hätte man, zumal gleichzeitig starker Ausfluss bestand, wegen der Diagnose in Zweifel sein können.

Rheumatische Anlage und Rheumatismus blennorrhoicus, von A. Renault. Sind diejenigen Blennorrhoiker, die zu Rheumatismus und Arthritis neigen oder in dieser Hinsicht erblich belastet sind, eher der Gefahr ausgesetzt, einen Tripperrheumatismus zu erwerben? R. hat aus seinem reichen Krankenhausmaterial 20 Tripperrheumatismen willkürlich ausgewählt und bei ihnen auf Grund der klinischen Untersuchung und der Anamnese 15mal eine Diathese bezw. das Vorkommen von Rheumatismus in der Familie nachgewiesen. Unter den verschiedenen Symptomen, die für eine rheumatische Anlage sprechen, führt R. auch eine Verschärfung (retentissement) des zweiten Aortentons an; in den Lehrbüchern fehlt diese Angabe meistens.

Ist somit die Frage im bejahenden Sinne zu beantworten, so ist anderseits doch auch zuzugeben, dafs Rheumatiker leichter als andere Sterbliche sich einen Tripper anhängen lassen. Die Fournierssche Behauptung, dafs Tripperrheumatismus nur bei echter Blennorrhoe, nicht aber bei einfacher Urethritis vorkomme, ist bis jetzt noch nicht widerlegt. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1904. Heft 1.

Über die Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Merkuriolöl, von G. Laborde. Merkuriol ist ein Amalgam aus Quecksilber, Magnesium und Aluminium. Es wurde zuerst von Arvid Blomquist in Stockholm hergestellt, und Welander liefs es seine Patienten in kleinen Säckchen auf dem blofsen Leibe tragen. Später gelang es Bl., ein Merkuriolöl zu gewinnen, das 90% fein verteiltes Quecksilber enthielt, und mit dem Magnus Möller, der es in kleinen Mengen in die Gesäfsmuskulatur einspritzte, sehr zufriedenstellende Ergebnisse erzielte. L. hat dieses Öl auf der Audryschen Klinik in Toulouse an 25 Patienten, die bis auf zwei sich im sekundären Stadium der Syphilis befanden, nachgeprüft und spricht sich ebenfalls sehr lobend darüber aus; er hebt besonders seine Ungefährlichkeit und — gegenüber dem Kalomel — seine Schmerzlosigkeit hervor. Es kam nur dreimal zu einer mittelgradigen Stomatitis bei ambulant behandelten Patienten, die es an der nötigen Mundpflege fehlen liefsen. Die Wirksamkeit war rasch und durchgreifend.

Über einen Fall von Syphilis mit angiospastischer Neurose der Finger, von Le Calvé. Die Syphilis bestand bei dem 47jährigen, neuropathisch veranlagten Patienten schon seit 24 Jahren. Nach Aufregungen und nach gelegentlichen Erkrankungen wurden seine sämtlichen Finger kalt, blafs und schmerzhaft; gleichzeitig traten allgemeines Kältegefühl, Blässe des Gesichts und lebhafter Speichelflufs auf. Solche Anfälle hatten eine Dauer von einer halben bis vier Stunden, setzten mehrmals am Tage ein, erschienen bald täglich, bald ein- bis zweimal die Woche, wurden auch durch starke Hitze nicht unterbrochen. Sie hörten aber nach Quecksilbereinspritzungen ganz auf; gleichzeitig mit ihnen heilte eine Urethroperinealfistel aus.

Syphilis nodosa und Gefäfserkrankungen, von Louis Jullien. Bei einem Patienten traten im Verlaufe einer schweren Syphilis, acht Monate nach der ersten Ansteckung, kleine Knötchen auf, die locker unter der Haut safsen, bis Erbsengröfse erreichten, an den Unterschenkeln besonders zahlreich waren und hier namentlich längs gröfserer Venen verliefen. J. spricht sie für Syphilis nodosa an, über die vorwiegend deutsche Autoren geschrieben haben; von ihnen wird angenommen, dafs der Erkrankung ein phlebitischer Prozefs zugrunde liege, eine Annahme, der auch Jullien beitritt. *Türkheim-Hamburg.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1904. Heft 1.

1. **Die Reform der Dermatologie und der dermatologische Unterricht,** von Leredde.

2. **Die Reform der Dermatologie,** von L. Heidingsfeld-Cincinnati. Leredde wie Heidingsfeld polemisieren gegen den von Philippson im Jahre 1901 gemachten Vorschlag, die Dermatologie in der Weise zu reformieren, dafs ihr ebenso wie der übrigen Medizin die allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie zur Basis gegeben, und dafs das morphologische Prinzip bei der Lehre von den Hautkrankheiten

durch das pathologisch-anatomische ersetzt wird. Das ist nach L.s und H.s Überzeugung zurzeit wenigstens praktisch unmöglich. Dagegen schlägt H. eine andere Reform vor: er will, dafs die minderwertigen und schlechten dermatologischen Publikationen, deren Zahl keine geringe ist, strenger und rücksichtsloser als bisher kritisiert werden, gleichviel wer ihr Autor ist. Wenn in Zukunft die schlechten Arbeiten von den guten, die unwichtigen von den wichtigen scharf gesondert werden, so wird der Dermatologie dadurch ein wirklicher, reformatorischer Dienst erwiesen.

3. **Über einen Fall von akuter rezidivierender Ekzematisation der unbedeckten Hautpartien. Pathogenetische Studie**, von Leredde. L. schildert in Kürze die durch die Einwirkung des Sonnenlichtes entstehenden Hautveränderungen und Hautkrankheiten und beschreibt dann einen Fall von Ekzema solare, das ein ganzes Frühjahr und den folgenden Sommer hindurch und auch im nächsten Frühjahr immer wieder rezidivierte, so oft der Patient sich dem hellen Sonnenlicht aussetzte. Die ekzematösen Erscheinungen waren stets auf die unbehaarten und vom Hute nicht geschützten Teile des Gesichts, den Nacken und die Hände beschränkt. Die von L. angewandte örtliche Behandlung versagte vollständig. Daraufhin wurde, obwohl der Kranke über keinerlei Verdauungsstörungen klagte, der Magensaft untersucht, und es fand sich eine ziemlich starke Milch- und Buttersäuregärung. Eine entsprechende gärungswidrige Diät bewirkte sehr rasch eine beträchtliche Besserung des Zustandes der Haut, die Empfindlichkeit gegen die chemischen Strahlen verlor sich allmählich vollkommen, und der Mann konnte nach wenigen Wochen ungestraft bei hellem Sonnenschein ausgehen. — Der Fall beweist, dafs auch bei Exanthemen, die durch Einwirkung des Lichtes entstehen, ebenso wie bei allen anderen hartnäckigen oder oft rezidivierenden Hautaffektionen auf Störungen und Veränderung in der Verdauungsfunktion gefahndet werden mufs. *Göts-München.*

La Syphilis.

Januar 1904.

I. **Über die Natur der Tabes**, von G. Milian-Paris. Um die Natur der Tabes nach Kräften zu erklären, mufs man sowohl die anatomische, wie die ätiologische Seite der Frage betrachten. Die pathologische Anatomie der Tabes legt uns die Fragen vor: 1. Welcher Teil des Rückenmarks wird von der Krankheit betroffen? 2. Wie ist der mikroskopische Befund der kranken Stellen? 3. Handelt es sich um einen interstitiellen oder parenchymatösen Vorgang, und wo beginnt der Prozefs? In bezug auf die Ätiologie interessiert vor allem die Beziehung der Tabes zur Syphilis. Dieses ganze Thema wird in grofsen Zügen mit Berücksichtigung der Ansichten vieler Autoren klar und sachlich besprochen und durch Illustrationen erläutert. Es folgen dann die persönlichen Beobachtungen des Verfassers an einer grofsen Zahl von Patienten des Hopital Saint-Louis, so dafs sich als Gesamtresultat der Beobachtungen etwa folgendes ergibt: Die tabetischen Verletzungen betreffen hauptsächlich die hinteren Wurzeln und Stränge des Rückenmarks. Die Stränge sind meist erst nach den Wurzeln erkrankt, doch kommt es auch vor, dafs sie zuerst betroffen werden, und dafs die Tabes nicht endogenen Ursprunges ist. Die Tabes kann scheinbar an jedem Punkt des Nervensystems beginnen. Der histologische Vorgang ist vor allem zu Beginn ein parenchymatöser, während die interstitiellen Erscheinungen erst später hinzukommen. Zweifellos besteht eine Beziehung zwischen Tabes und Syphilis, wie man allgemein zugibt; nach Fournier sind 90% der Tabiker luetisch. Fournier schuf den Ausdruck „Parasyphilitische Affektion", um zu zeigen, dafs sichere Beziehungen zwischen beiden Krankheiten bestehen, dafs die Anatomie aber keinen sicheren Aufschlufs darüber gibt,

und dafs die Behandlung mit Quecksilber ohne Einfluſs auf die Erscheinungen ist, so dafs er zur Annahme neigt, die Tabes ist zwar syphilitischen Ursprunges, aber nicht syphilitischer Natur. Diese Auffassung wird von vielen Forschern als falsch verworfen, indem sie sich auf den Standpunkt stellen, entweder ist die Tabes rein syphilitisch oder nicht. Sie sagen, die Tabes ist direkt syphilitischer Natur, die anatomischen Befunde sind bei beiden gleich, und wenn die Therapie auch oft versagt, so habe doch in verschiedenen Fällen die Quecksilberbehandlung zur Heilung geführt. Diese Gründe sind keineswegs beweisend. Ihr Schluſs folgt dem Satze post hoc, als propter hoc, d. h. die Erscheinungen der Tabes entwickeln sich bei Syphilitischen, also sind sie auch syphilitischer Art. Die Erscheinungen der chronischen Arteriitis, der Infiltration, selbst der Gummata charakterisieren nicht lediglich die Syphilis, alle chronischen Entzündungen und Infiltrate zeigen ähnliche Vorgänge. Seit einigen Jahren wenden die Syphilidologen und Neurologen groſse Dosen von Merkur an, aber die Fälle von Heilungen sind darum doch nicht mehr geworden, und die groſse Zahl der unbeeinfluſsten Fälle im Vergleich zu den wenigen erfolgreich behandelten Fällen macht den Wert des Merkur bei der Tabes fast illusorisch. Zuweilen tritt ein spontaner Stillstand in der Krankheit ein, die wirklichen nervösen syphilitischen Symptome, die im Verlauf der Tabes auftreten und durch Quecksilber geheilt werden, die Heilung oder Besserung durch Suggestion, Fehler bei der Befragung der Kranken, alles dieses ist zu berücksichtigen, um keine falschen Schlüsse zu ziehen. Verfasser schlieſst, die syphilitische Natur der Tabes ist möglich, aber nicht bewiesen; das wird sie erst, wenn 1. der endlich gefundene Erreger der Syphilis an den Hintersträngen eines Tabetikers nachgewiesen wird, 2. wenn die Impfung von einem tabetisch degenerierten Rückenmarksteil auf einen Schimpansen Syphilis hervorruft, und wenn 3. eine typische Tabes stets unter genügender Quecksilberbehandlung gänzlich verschwindet.

Bis dahin muſs man aber die Tabes wie Fournier als eine parasyphilitische Affektion betrachten.

II. **Über intramuskuläre Injektionen von Hydrargyrum bijodatum bei der Behandlung der Syphilis,** von Barthélemy, Lafay und Levy-Bing. Die wässerige Lösung des Hydrargyrum bijodatum ist der öligen vorzuziehen, und zwar ist die beste Tagesdosis 2—3 cg, welche etwa 15—20 Tage nacheinander zu injizieren sind bei normalen erwachsenen Menschen. Man bedient sich dabei folgenden Rezeptes; Hydrargyr. bijod. 0,2, Tinct. jodi 0,2, Aq. dest. 10; auf diese Weise injiziert man gleichzeitig Quecksilber und Jod. Die Jodtinktur ist dabei besser als andere Jodpräparate, wie Jodkalium, Jodammonium. Bei dieser Behandlungsweise treten keine unangenehmen Erscheinungen auf, selten ist eine leichte Stomatitis, es fehlen Indurationen oder Abscesse an den Einstichstellen, die Schmerzhaftigkeit fehlt entweder ganz oder ist sehr gering und dauert höchstens zwei Stunden. Therapeutisch ist es gleichgültig, ob man den Zusatz von Jodtinktur oder irgend einem Jodsalz anwendet, aber die Tinktur wird am besten ertragen und ist daher empfehlenswert.

III. **Lungensyphilis, die Tuberkulose vortäuscht,** von Berg. Es betrifft einen 28jährigen Menschen mit Lungensyphilis. Verfasser beschreibt die Formen der Lungensyphilis: 1. den Typus der Phthise, 2. der subakuten oder chronischen Pneumonie, 3. der Lungengummata mit Hinterlassung von Schwielen, 4. Lungenabscefs gleichzeitig mit Syphilis anderer Organe. Therapeutisch empfiehlt sich eine gemischte antisyphilitische und antituberkulöse Behandlung.

IV. **Über die Prokhorowsche Methode bei der Behandlung Syphilitischer,** von Barthélemy und Levy-Bing. Prokhorow empfahl die Anwendung von Injektion des Hydrargyrum bijodatum in kolossalen Dosen, je nach dem Gewicht des Kranken, und zwar von 0,006 pro Kilogramm des Gewichts des Patienten, und bei Kindern

etwa die Hälfte. Er injiziert von der Lösung (Hydrargyr. bijodat. 0,8, Kali jodati 0,6, Aq. dest. 100) so viele Kubikzentimeter, wie der Patient Kilogramme wiegt, also bei einem Gewicht von 80 Kilo 80 Kubikzentimeter. Diese Injektionen macht er in zehntägigen Intervallen etwa fünfmal, bei Kindern macht er Intervalle von 15—28 Tagen. Zur Verringerung der Schmerzen und Schwellung empfiehlt NARCO eine konzentrierte Lösung in weniger Wasser bei demselben Prinzip der Methode. Gegen diese Anwendungsweise machen die Verfasser Front; sie halten diese Methode für keine Verbesserung, sondern für gefährlich; man erreicht mit den von ihnen benutzten täglichen Injektionen schwächerer Lösungen ganz dasselbe, ohne befürchten zu müssen, dem Kranken zu schaden, und ohne ihm überflüssige Schmerzen zu bereiten.

Februar 1904.

I. **Aus dem Hospital de Saint-Louis, Poliklinik**, von ERNEST GAUCHER. Vor der Krankenvorstellung spricht GAUCHER über eine neue diagnostische Hilfsmethode zur Erkennung von Erscheinungen der Haut, besonders von blassen Flecken. Es handelt sich um die Entdeckung von ANDRÉ BROCA, welcher zeigte, daſs sich viele Hautaffektionen deutlicher abheben, wenn man zwischen das beobachtende Auge und das Objekt ein blaues Glas einschiebt. GAUCHER zeigt an mehreren Fällen die Richtigkeit der Behauptung BROCAS und empfiehlt das blaue Glas als brauchbares diagnostisches Hilfsmittel. Er stellt dann vor:

1. Eine Kranke mit ulceriertem syphilitischen **Ektyma** der Lippen.

2. Einen Fall von **gleichzeitig bestehendem Schanker** an Genital und Lippe, deren zweiter während des Bestehens des ersten auftrat, während die Sekundärerscheinungen erst viel später folgten. Es ist dieses ein Beweis, daſs einzelne Kranke an sich selbst einen Schanker von einer Stelle auf die andere impfen können vor dem Auftreten des Exanthems.

3. Einen **Syphilitiker**, der vor 25 Jahren sich infizierte. Er wurde damals einige Monate behandelt und blieb stets symptomfrei. Erst jetzt nach 25 Jahren zeigt er Gehirnerscheinungen, Kopfweh, Schwindel, ohne daſs er bisher seine Arbeit aufgab. Am Kopf zeigen sich Tophi, die keinen Zweifel über die bestehende Syphilis lassen. Auch besteht Ptosis beider Augenlider und eine Abweichung der Zunge. Behandlung mit Jod und Quecklilber bringt die Erscheinungen zum Schwinden.

4. Im Gegensatz zu diesem seit 25 Jahren unbehandelten Kranken **eine junge Frau**, die vor drei Jahren **Lues** erwarb und stets sorgfältig und genügend behandelt wurde, aber trotzdem eine enorme Periostose des Schlüsselbeins zeigt, welche die Nerven und Blutgefäſse des Arms derart komprimiert, daſs die Frau groſse Beschwerden hat. Diese Exostose verkleinert sich nur sehr langsam unter der Behandlung.

5. Zwei Kranke mit **Perforation des weichen resp. harten Gaumens**. Der erste Patient war vor drei Jahren syphilitisch infiziert und wurde häufig mit Liquor VAN SWIETEN behandelt. Vor drei Monaten entstand am weichen Gaumen eine Beule, die allmählich in die Nase durchbrach; es lösten sich verschiedene Sequester los. Zurzeit besteht hinter dem Zahnbogen ein Loch von 3 mm Durchmesser mit hartem Rande, ein typisches Gumma. Der andere Kranke fühlte vor drei Jahren Schmerzen im Schlunde, vor 14 Tagen bemerkte er ein Loch im Gaumen. Er zeigt Erscheinungen von hereditärer Syphilis, vor allem die HUTCHINSONsche Trias.

6. Drei neue Fälle von **erworbener Syphilis bei hereditärsyphilitischen Individuen**. Der erste Kranke hat seit drei Jahren Lues und seitdem ununterbrochen Plaques muqueuses. Er hat sich verheiratet und ein scheinbar bisher gesundes Kind. Die zweite Kranke zeigt ebenfalls typische Erscheinungen hereditärer Syphilis. Sie wurde von ihrem ersten Mann vor sieben Jahren infiziert, vor vier Jahren hatte sie einen Abort. Seit zwei Jahren ist sie mit einem anderen Mann verheiratet, der nicht

syphilitisch ist, von ihm hat sie ein zehn Monate altes Kind. Dieses Kind zeigt keine hereditären Erscheinungen, sondern Zeichen von sekundärer Lues, und zwar Plaques muqueuses am After und am Mund. Patientin weifs, dafs ihre Mutter die Lues als Amme eines luetischen Säuglings erwarb, und dafs dieselbe dreizehn Kinder hatte, von denen nur drei leben. Auch der Vater starb im Krankenhause an syphilitischen Erscheinungen. Diese junge Frau stammt also von syphilitischen Eltern, zeigte während ihrer Kindheit syphilitische Erscheinungen, erwarb selbst mit 16 Jahren Lues und schenkte sieben Jahre später trotz eifriger antiluetischer Behandlung einem syphilitischen Kinde das Leben, ein Beweis, wie sehr man den Luetischen abraten soll, eine Ehe einzugehen.

II. **Über Jodöle**, von Lafay. (Fortsetzung.) Die zahlreichen Versuche, die in den letzten Jahren mit den Jodölen gemacht sind, und die das Jodöl zu einem beliebten Präparat machten, beweisen schon seinen Wert; ein Vorzug des Präparates ist, dafs eine sehr grofse Jodmenge ohne Nachteil dem Organismus einverleibt wird, und der Art, wie es sich in den Zellelementen zeigt. Diese Brauchbarkeit beweisen die Beobachtungen von vielen Autoren, die oft geradezu erstaunliche Resultate erzielten, sowohl bei hereditärer, als erworbener Syphilis, wie die von Amato, Duhot, Bellencoutre usw., die teilweise ausführlich angeführt werden; selbst bei der Tabes wollen Dornblüth und Schuster eine Besserung und einen Stillstand in der Entwicklung der Krankheit unter dem Einfluls des Jodöls gesehen haben. (Forts. folgt.)

III. **Über gebundenes und reines Quecksilber**, von Brissonnet. Seit der Einführung der Kakodylsäure in die Therapie hat man für verschiedene Metalle analoge Kompositionen für die medizinische Therapie gesucht; man weifs, dafs man das wirksame Mittel trotz seiner Giftigkeit in Verbindungen in gröfserer Menge geben kann als rein. Daher wendet man auch das Quecksilber an in Verbindung mit Benzoe-Salicyl usw. Es wird so schwerer dem Organismus einverleibt und wirkt weniger toxisch, da es nur einen Teil seines Bestandes abtritt, wie es erst kürzlich die Versuche von Monneyrat beweisen.

IV. **Über kolloide Metalle**, von Brissonnet. Seit der Entdeckung der Wirksamkeit des Argent. colloidale hat man sich bemüht, seine Herstellungsart zu vereinfachen. Hendrich hat nun neuerdings für einige Metalle derartige Methoden angegeben, worüber B. berichtet, speziell auch über die Bereitung des Argentum colloidale und des Hydrargyrum colloidale.

V. **Über Hydrargyrum colloidale**, von Barthélemy, Lafay und Levy-Bing. Während man anfangs dem Hydrargyrum colloidale sehr geneigt war, zeigte sich mit der Zeit, dafs das Mittel keine besondere Bereicherung der Wissenschaft ist, auch die Beobachtungen der Verfasser sprechen sich gegen den Wert desselben aus. Im besonderen tadeln sie, dafs es in der notwendigen Tagesdosis von 1—2 cg leicht Diarrhoe und Stomatitis hervorruft und an der Injektionsstelle sehr oft Indurationen hinterläfst. Auch sind die Injektionen stundenlang recht schmerzhaft und geben therapeutisch ungenügende und sehr unsichere Resultate, ohne irgend einen Vorteil anderen Präparaten gegenüber zu haben.

VI. **Über einen Fall von grofsen Injektionen von grauem Öl**, von Paul Bloch. Bei einer syphilitischen Tabetikerin, die Injektionen von Kalomel sehr schlecht vertrug, wandte Verfasser drei Wochen lang Injektionen von je 0,07 g grauem Öl an. Bei der vierten Injektion passierte durch das Versehen eines Angestellten, dafs 0,5 g graues Öl angewandt wurde, ohne dafs unangenehme Erscheinungen auftraten; ebenso trat nach einer 14 Tage später gemachten Injektion von 0,5 g keine Intoxikation auf. Acht Tage später erfolgte eine dritte Injektion à 0,5 g, danach stellte sich Fieber, Stomatitis usw. ein, die aber schon nach acht Tagen wieder geschwunden waren. Die

Erscheinungen der Tabes besserten sich unter dieser heroischen Behandlung sichtlich. Im Urin konnte man nach 14 Tagen grofse Mengen Quecksilber nachweisen; das Befinden der Kranken war sonst nicht besonders, nach vier Wochen zeigte der Urin keine Spuren von Quecksilber mehr.

VII. **Die Quecksilberbehandlung bei den syphilitischen Nervenerkrankungen**, von Babinski. Bei einem Patienten mit einer vollständigen Paraplegie erzielte B. durch eine Behandlung mit Quecksilber absolute Heilung, ohne dafs sich in den bisher verflossenen sechs Jahren Rückfälle zeigten. Ebenso bewährte sich die Merkurbehandlung bei einem Falle von Sehstörungen auf luetischer Basis glänzend, nachdem Jod gänzlich versagt hatte. B. empfiehlt die Hydrargyrumbehandlung nicht nur bei cerebrospinaler Syphilis, sondern auch bei sonstigen nervösen luetischen Erscheinungen und den sog. parasyphilitischen Krankheiten, wie Tabes und ähnlichen. Dagegen ist Quecksilber ohne Einfluſs auf allgemeine Paralyse.

Bernhard Schulze-Kiel.

Bücherbesprechungen.

Handbuch der Hautkrankheiten, herausgegeben von Franz Mračeк. (Alfred Hölder, Wien 1903.) 11. und 12. Abteilung, III. Band, Seiten 257—560. Von des Herausgebers grofs angelegtem Handbuch der Hautkrankheiten liegen heute die 11. und 12. Abteilung vor. Die früheren Folgen sind an dieser Stelle ausführlich besprochen worden. Es sei darum heute nur dies und jenes aus den beiden neuen Heften herausgegriffen. Der leider kürzlich in den Alpen verunglückte Löwenbach-Wien beginnt das elfte Heft mit dem Schlusse seines Artikels über **Xeroderma pigmentosum**. Von eigentlicher Therapie gegen diese schwere Dermatose kann man nicht reden. Unsere Bemühungen werden sich gegen die Trockenheit der Haut im ersten Stadium richten. Hier sind erweichende und hornlösende Medikamente am Platze, wie Zink, Pyrogalluspräparate und Resorcin. Späterhin werden sich unsere Eingriffe mit der Wegschaffung der Geschwülste auf dem Wege der Herausschälung, Ausbrennung oder totaler Exstirpation zu beschäftigen haben. Kausal wird man nichts ausrichten. Rückfälle und Metastasen lassen sich nicht unterdrücken. Lesser, Bruhns und Kaposi beobachteten im Gegenteil solche gerade nach der chirurgischen Entfernung von Tumoren. Abraham sah eine günstige Beeinflussung des Xeroderma durch Thyreoidin, Arnozan durch Kalium jodatum, Couillaud von Kalomelinjektionen in die Muskeln. Doch konnten andere Beobachter diese erfreulichen Resultate nicht feststellen. Dasselbe gilt für die von Roth und Unna empfohlene Verwendung roter und grüner Deckschleier und der Anwendung von Decksalben zum Schutze gegen das Licht der Sonne. Die Hauptaufgabe des Arztes wird es sein, die Patienten zu roborieren, damit der Exitus, dem sie nicht entgehen können, möglichst lange hinausgeschoben wird.

Siegfried Gross-Wien behandelt in einem kürzeren Artikel die **Atrophie der Haut**. Er rubriziert hierbei folgendermafsen: angeborene Atrophie der Haut; senile Atrophie und senile Degeneration der Haut; idiopathische Hautatrophie einschliefslich Akrodermatitis Herxheimer, Anetodermie Jadassohn, Erythromelie Pick, Erythema paralyticum Neumann; ferner Striae et maculae atrophicae; Kraurosis vulvae; Blepharochalasis Fuchs.

Eine umfassende Arbeit über **Lupus erythematosus** bringt JADASSOHN-Bern. Bezüglich der Prognose dieser Affektion unterscheidet er einen chronischen und einen akuten Typus. Die Aussichten auf örtliche Heilung sind beim chronischen Lupus erythematosus sehr verschieden. Zuweilen heilt ein solcher Fall, speziell die erythematöse Abart (BROCQ), fast oder ganz spurlos ab. Die Therapie kommt dafür weniger oder mehr in Betracht. Viele solcher Fälle lassen jedoch narbenähnliche Atrophien in loco zurück, peripheriewärts schreitet der Prozefs fort, Rezidive treten auch in vorher abgeheilten, gründlich therapeutisch beeinflufsten Bezirken auf. Vielfach bleiben Entstellungen zurück, die Krankheit dauert oft jahrzehntelang. Die gröfste Anzahl der Autoren glauben an die grundsätzliche Kurabilität des Lupus erythematosus. HEBRA d. J. meint, dafs man in chronischen Fällen „fast stets Heilung eintreten sieht". CROCKER betont, dafs selbst schwere Fälle spontan abheilen können. „Von einer wirklichen ernsten Bedeutung des Lupus erythematosus chronicus für das Leben des Kranken ist eigentlich nichts Sicheres bekannt." Der statistische Nachweis der Kurzlebigkeit von Leuten, die an Lupus erythematosus laborieren, steht noch aus. Die akute Form weist betreffs der Abheilung bei weitem günstigere Aussichten auf, während hier wiederum gerade quo ad vitam ernste Besorgnisse bestehen sollen (KAPOSI). JADASSOHNS Behandlung des Leidens in der chronischen Form ist kurz die folgende: Chinin wird in grofsen Dosen versucht, in zweiter Linie Phosphor und Arsen. Äufserlich verwendet er bei oberflächlichem Prozefs die HANS VON HEBRASche Mischung von Alkohol-Äther-Menthol-Spiritus und eventuell gleichzeitig nachts wenig konzentrierte Salben von Schwefel, Ichthyol und Resorcin. Im Falle der Erfolglosigkeit geht er zu Pyrogallolsalben oder zur Behandlung nach BROOKE über, in der Poliklinik zur Pacquelinisierung nach LASSAR, zur Skarifizierung, zum grauen Plaster für die Nacht. Neuerdings kamen noch Finsen- und Röntgenbehandlung als therapeutische Agentien von Wert hinzu. Im Falle von Reizung der Haut gibt J. schwache Resorcin- oder Ichthyol-Paste, eventuell weifse Präzipitalsalbe oder Bleiwasserliniment. Auf die Nachbehandlung, die aktive wie passive Hyperämien zu bekämpfen hat, ist der gröfste Wert zu legen. Die benignen Tumoren behandelt MAX JOSEPH-Berlin: A. Tumoren der Bindegewebsreihe: 1. Fibrome: a) multiple, weiche Fibrome, Neurofibrome, b) hartes Fibrom; 2. Keloide: a) wahres Keloid, b) Narbenkeloid; 3. Hypertrophische Narbe; 4. Narbe; 5. Lipome; 6. Xanthome: a) Xanthoma palpebrar., b) Xanthoma diabeticor., c) Xanthoma multiplex tuberosum. B. Tumoren, vom Epithel stammend: 7. Condyloma acuminatum; 8. Verrucae; 9. Hauthörner; 10. Hautcysten: a) Atherom, b) Dermoid, c) Milium. C. Tumoren, auf der Grenze von beiden stehend: 12. Naevi. D. Tumoren, aus Blutgefäfsen oder Lymphgefäfsen gebildet: 13. Angiome; 14. Lymphangiome. E. Geschwülste, aus Muskelgewebe bestehend: Myome. Die JOSEPHSche Abhandlung bringt neben einer eingehenden Darstellung der Materie, auf welche wir hier nicht ausführlicher eingehen möchten, auch eine Reihe vortrefflicher Abbildungen histologischer und klinischer Art. *Hopf-Dresden.*

Gonorrhoe und Ehe. Eine klinische und volkshygienische Studie von FERDINAND KORNFELD-Wien. (Franz Deuticke, Wien und Leipzig, 1904.) Im vorliegenden, etwa 200 Druckseiten umfassenden Buche gibt der Verfasser einen erschöpfenden Überblick über die Beziehungen zwischen dem Tripper und der Ehe. Er beginnt mit der Geschichte unserer Ansichten über die später als gonorrhoisch erkannten Frauenleiden, streift NÖGGERATHS grofse Verdienste, NEISSERS Entdeckung des Gonococcus und wendet sich zum Schlufs der Einleitung zur Schilderung der Bedeutung des Trippers bei Mann und Frau in sozialer und volkshygienischer Hinsicht. Kapitel 1 und 2 behandeln den Tripper des Mannes. Zum Nachweis des Befundes von Tripperkeimen genügt die eingehendste mikroskopische Untersuchung nicht, sondern es bedarf dazu

eines nicht nur einmaligen, sondern wiederholten Kulturverfahrens. Erst beim steten negativen Ausfall desselben darf man auf Gonokokkenfreiheit schliefsen. Für die Untersuchung ist es von Bedeutung, dafs der Harn, dessen Fadengebilde zur Probe stehen, in Gegenwart des Arztes erst gelassen wird. Im Urin selbst verändern nicht nur die Tripperfäden ihre Form schnell, zerbröckeln, zerfallen und verschwinden sie nicht nur, nein, auch die Gonokokken sterben nach Winkler schon nach einer halben Stunde ab. Übersendete Urinproben lassen keine zwingenden Untersuchungsresultate zu. Zur Feststellung, ob ein Sekretrest der Urethra in ihrem vorderen oder hinteren Teile entstammt, genügt die Irrigationsprobe völlig. Man spült die Pars anterior rückläufig gründlich aus und läfst dann urinieren. Die Besichtigung der beiden Flüssigkeitsproben ergibt die betreffende Lokalisation. Auch jedes Fehlen irgendwelcher Sekretion beweist noch nicht mit Sicherheit das Fehlen jedes infektiösen Prozesses. Man unterlasse daher nie provokatorische Eingriffe entweder in der Form von Exzessen in Getränken (Bier, Likör, Sekt) oder Speisen (Hummer, gewürzte Saucen) oder in der Form reizender Ausspülungen oder Einträufelungen. Gerade auf dieser Erscheinung des Wiederauflebens mancher scheinbar abgelaufenen Blennorrhoe nach durchgemachten Exzessen und Anstrengungen beruht die Häufigkeit der Ansteckung eben verheirateter Ehefrauen durch ihre Männer. Finger fügt noch eine dritte Probe hinzu als Vorbedingung für die Gesunderklärung eines vormals tripperkranken Mannes, nämlich den Beischlaf. Natürlich hat derselbe mit Condom zu erfolgen. Der Verfasser schliefst sich dem völlig an, da er Fälle beobachtet hat, wo alle anderen Reizmittel ohne Einfluſs auf die Urethra blieben, der durchgemachte Coitus aber wieder Gonokokken in den Filamenten zur Erscheinung brachte. Jullien erklärt dagegen diese Probe für zwecklos, nebenbei auch für wenig moralisch. Ein besonderer Abschnitt wird vom Verfasser der Prostatitis catarrhalis und ihrer Rolle in der Pathologie des chronischen Trippers gewidmet. Die chronische Prostataentzündung ist die häufigste Teilerscheinung dieses Leidens, auf ihr beruht in aufserordentlich vielen Fällen die Chronizität der Krankheitssymptome. Sie stellt die häufigste Quelle der Rezidive des Tripperprozesses und die gröfste Gefahr für die Ansteckungsbedingungen beim Weibe dar. Die Prostatorrhoe dürfte zur Diagnose des chronischen Prostatakatarrhs nicht unbedingt erforderlich sein. Früher war man zwar dieser Ansicht, allein die Prostatorrhoe kann nach neueren Anschauungen mehr als ein hauptsächliches Symptom, als eine unbedingt notwendige Erscheinung der Prostatitis chronica betrachtet werden. Zur Prostatorrhoe kommt es nur in einer beschränkten Zahl von Fällen. Rosenberg z. B. sah bei 100 Tripperkranken mit 85maliger Prostatitis chronica nur dreimal Prostatorrhoe. Die chronische Prostataentzündung findet sich besonders häufig bei Kranken, welche, wenn auch Jahre vorher, eine Nebenhodenentzündung durchgemacht haben. Die Frage, wann ein tripperkrank gewesener Mann heiraten könne, beantwortet der Verfasser im dritten Kapitel. Die Antwort lautet: „wenn die genaue und oft wiederholte Untersuchung aller Elemente des Harnröhren- und Drüsensekretes, einschliefslich jenes der Prostata stets vollkommenes Freisein von Gonokokken **und Eiterzellen** ergibt.“ Im folgenden behandelt der Verfasser die Histologie des Samens, den Nachweis der Samenkörperchen und die pathologischen Zustände, wie Azoospermie, Sterilität, Oligospermie, Nekrospermie, die Erkrankungen der Samenwege und die Impotenz. Weitere Kapitel sind der Verbreitung des Trippers, dem Anteil desselben an den Frauenleiden, der Blennorrhoe des Weibes, den Komplikationen derselben bei beiden Geschlechtern und allgemeinen therapeutischen Betrachtungen gewidmet. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

(*St. Louis Journ.* Lepra-Nummer, September 1903.) **Die Behandlung der Lepra,** von Ohmann-Dumesnil-St. Louis. Nach Besprechung der verschiedenen Theorien über den Ursprung der Lepra (Heredität, Ansteckung, Rasseeigentümlichkeiten, Art der Nahrung), von welchen Verfasser zwar keine völlig zutreffend erscheint, wonach aber bis zu dem Ergebnisse weiterer Forschungen Isolirung der Kranken noch das zweckmäfsigste zu sein scheint, dünken ihm die Erfolge der verschiedenen therapeutischen Versuche (mit Chaulmoograöl, die Ichthyolbehandlung nach Unna, jene mit Schlangengift als sogen. Gegengift) noch sehr zweifelhaft; in vielen Fällen, wo von Heilungen gesprochen worden sei[1] habe es sich in Wirklichkeit nur um vorübergehende Besserung gehandelt. Die Methode, welche noch die besten Erfolge für die Zukunft verspreche, ist nach O.'s Ansicht die auf den Prinzipien der Serumtherapie begründete; zu den Tieren, welche am meisten geeignet seien, das Heilserum zu liefern, rechnet er den Ziegenbock und den Maulesel. Als Anhang zu dieser Arbeit ist über einen Artikel von Razlag in Canton (China) in *American Medecine,* 7. Febr. 1903, berichtet; derselbe hält Bäder jeder Art, warm oder kalt, Seebäder oder Bäder mit künstlichen Zusätzen von Jod, Tannin, Kal. permang. usw., für sehr wichtig. Die Patienten sollten sich ferner so viel wie möglich der Luft aussetzen und nur die zur Körperbedeckung notwendigste Kleidung tragen. Nach Razlag, welcher in der Leprosen-Stadt Fat Fung Yum 982 Patienten beobachtete, ist eine hereditäre Prädisposition bei der Lepra in Wirklichkeit nicht vorhanden — es waren unter diesen nur 106 Fälle hereditären Ursprungs vorhanden.

Ein Fall von Knötchen-Lepra, von J. V. Shoemaker-Philadelphia. Es handelte sich um einen 48jährigen Mann, einen Russen, der bereits acht Jahre in Amerika lebte und den Beginn seiner Erkrankung zwei Jahre zurückdatierte, und zwar als Folge einer Erkältung. Sein Gesicht war bedeckt mit Knötchen von blafsgelber Farbe in Erbsen- bis Kirschengröfse; auf dem behaarten Kopfe waren sie noch gröfser, und auf der Stirne safsen sie ganz nahe beisammen. Auf der Brust war eine Anzahl kleiner, gestielter Knötchen vorhanden, an den Ellbogen ein langsamer Degenerationsprozefs im Begriffe (Eiterbildung). Nach kurzer Darlegung der differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Affektionen (Lupus, Mykosis fungoides, multiples Sarkom) kann Sh. in Anbetracht des langsamen Fortschreitens der Affektion und der vorhandenen Anästhesie nur zur Diagnose „Knötchen-Lepra" kommen und fand dieselbe auch durch die bakteriologische Untersuchung der Knötchen wie des Blutes bestätigt. (Die Leprabazillen wurden im Protoplasma der Lymphkörperchen und auch frei im Blutplasma in ziemlich grofsen Mengen gefunden.) Zum Schlusse seiner Abhandlung hebt Sh. hervor, dafs die Art und Weise, wie die Lepra über die verschiedenen Länder sich ausbreitete, keinen Zweifel an ihrer Ansteckungsfähigkeit lasse, wenn wir auch über die genauen Agentien (die spezifischen Bazillen? Refer.), durch welche dieselbe vermittelt werde, noch im Unklaren seien; in so hohem Grade

[1] Besonders bei der Behandlung mit Chaulmoograöl.

ansteckend, wie die akuten Exantheme, sei die Lepra jedenfalls nicht, und immerhin müfste auch die Heredität allen Anzeichen nach bei der Ausbreitung der Krankheit eine gewisse Rolle spielen.

Der Leprabazillus im kreisenden Blute, von L. Napoleon Boston-Philadelphia. B. bringt noch genauere Einzelheiten über den Blutbefund bei obigem, von Shoemaker beobachteten Falle. Das Blut wurde durch einen ziemlich tiefen Einschnitt in die normale Fingerhaut entnommen, in der gewöhnlichen Weise präpariert, fixiert usw. Wie schon erwähnt, wurden sowohl in den Blutkörperchen (in der Zahl von 2—8) wie im Plasma (hier höchstens 2—3) Bazillen im Gesichtsfelde gefunden. Das Hämoglobin erleidet wahrscheinlich weniger Zerstörung wie die roten Blutkörperchen selbst. Manchmal, bei den vorgeschrittenen Formen der Lepra, können die Blutveränderungen gewissermafsen jenen der perniciösen Anämie gleichen.

Beobachtungen über Lepra in Japan, Island und Norwegen, von Judson Daland-Philadelphia. Nach der statistischen Zusammenstellung D.s sind alle Inseln Japans mit Lepra infiziert, Yezo ausgenommen, dessen Bewohner die Ureinwohner sein sollen und völlig von dem übrigen Reiche isoliert sind. Die Krankheit, über deren Zahl die Angaben von 10000 (nach dem offiziellen Berichte) bis 50000 (Baelz) schwanken, gilt dort als ansteckend und befällt mit Vorliebe die Bauernbevölkerung, wenn auch manche Fälle unter den Wohlhabenden vorkommen. Nach Baelz gehen milde Fälle zuweilen in völlige Heilung über, andere werden durch lokale Applikation von Bimsstein (bis Blut hervortritt) und dann einer 20%igen Salizyl-Borsalbe gebessert; heifse Bäder in den dortigen Kausatsu-Quellen, welche grofse Mengen von Schwefel- und Salzsäure enthalten und eine Temperatur von 45—53° C. haben, sollen sehr unterstützend wirken — anfangs drei, später fünf Bäder von drei Minuten Dauer pro Tag; pro Monat durchschnittlich 130 Bäder seien die Regel. Auch die Statistik Islands, wohin wahrscheinlich von Norwegen aus im 12. Jahrhundert die Lepra verschleppt wurde, lehrt, dafs die Heredität eine ätiologische Rolle spielt, dafs ferner die Knötchenform die häufigste ist, und dafs mehr weibliche Individuen affiziert sind als in Indien, wo das Verhältnis 1 weiblicher : 4 männlichen Patienten ist. Obwohl dort keine Isolierung der Lepra-Kranken existiert, herrscht die Ansicht vor, dafs die Krankheit langsam abnimmt; Daland legt aber darauf keinen Wert, da es eine genaue Statistik über die Lepra-Fälle in Island nicht gäbe. Norwegen ist das einzige Land Europas, wo die Lepra endemisch ist, aber dank des Zwanges der Isolierung ist sie in rascher Abnahme begriffen — 1897 gab es wahrscheinlich nicht mehr als 700 Fälle, während 1856 deren 2833 gezählt worden seien. 90 Prozent der norwegischen Fälle zeigen die hereditäre Übertragung, ferner soll 1 Prozent der Fälle das Alter unter 10 und 66 Proz. jenes von 20—25 Jahren betreffen. Beide Geschlechter sollen hier gleichmäfsig befallen sein, während in anderen Ländern die Majorität das männliche Geschlecht bildet. Im übrigen bezieht sich Daland auf die bekannten Untersuchungen von Hansen und Ehlers.

Monolog eines Leprösen, der ein Geschick trägt, das schlimmer als der Tod ist, von Albert S. Ashmead-New York. Der in der Lepra-Forschung hervorragende Verfasser bringt hier ein tieftrauriges Selbstgespräch eines Lepra-Kranken, der seine ganze Leidensgeschichte von Beginn an ausführlichst erzählt. Zum eingehenden Referate nicht geeignet. *Stern-München.*

Diskussion über die Lepra. (*Brit. med. Journ.* 26. Sept. 1903.) Auf der 71. Jahresversammlung der Brit. med. Association, abgehalten zu Swansea am 28. bis 31. Juli 1903 entspann sich in der Sektion für tropische Medizin eine lebhafte Debatte über die Ätiologie, Histologie und Behandlung der Lepra.

J. Hutchinson verteidigt hinsichtlich der Ätiologie der Lepra seine Fischtheorie. Für dieselbe sprechen folgende Tatsachen:

1. Fast zu allen Zeiten und an allen Plätzen, wo die Lepra aufgetreten ist, haben Hunderte von Schriftstellern den Fischgenufs als wahrscheinliche Ursache hingestellt.

2. Die Lepra tritt mit Vorliebe an der Meeresküste, an Flüssen und Seen, auf Inseln auf, also besonders dort, wo viel Fischzucht getrieben und viele Fische verzehrt werden; eine Tatsache, auf welche schon Danielssen aufmerksam gemacht hat.

3. Zur Zeit, wo das Verbot des Fleischessens um die Fastenzeit in katholischen Ländern strenger beobachtet wurde und der Fischgenufs stärker war, hatte die Lepra in Europa die gröfste Verbreitung, während im Innern Rufslands, wo die griechische Kirche nicht nur den Fleisch-, sondern auch den Fischgenufs in den Fastentagen verbot, man die Lepra nicht kannte.

4. Es sind viele Beispiele, wo die Lepra mit der Abnahme des Fischgenusses oder mit der Verbesserung der Methode der Fischzubereitung auch zurückgegangen ist.

5. Während in Britisch-Indien etwa fünf Lepröse auf 10000 Einwohner kommen, gibt es dort ein Fischerdorf, Kaligoan bei Bahsore, mit einer Bevölkerung von 947 Leuten, von denen 45 leprös (d. h. 500 : 10000) waren.

Die folgenden Redner, unter anderen Phineas Abraham, Sambon, Cantlie, John Hillis sind bestrebt, die Ausführungen Hutchinsons zu widerlegen und die Unhaltbarkeit seiner Fischtheorie zu beweisen. Auch ein Schreiben Ehlers, der sich gegen diese Hypothese äufsert, wird zu diesem Zwecke verlesen.

In mehreren Zuschriften (*Brit. med. Journ.* 3., 10. und 17. Oktober 1903) erwidert Hutchinson sehr eingehend auf die gegen seine Fischtheorie vorgebrachten Argumente. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Kenntnis der Verbreitungsweise der Lepra, von Leopold Glück. (*Wien. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 38.) An der Hand von sechs Familiengeschichten erläutert Verfasser die zweifellose Kontagiosität der Lepra. Aus ihnen geht hervor, dafs nicht Vererbung, sondern Übertragung die Verbreitung bedingt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Ätiologie der Lepra, von G. Turner-Transvaal. (*Brit. med. Journ.* 3. Okt. 1903.) Der Verfasser korrigiert einige Angaben Hutchinsons hinsichtlich der Lepra in Südafrika. Die Krankheit ist ziemlich stark verbreitet unter den Basutos im Basutoland. Die Basutos essen keine Fische und lassen sich nur sehr schwer von anderen bewegen, Fische zu genieſsen. Verfasser hatte viele Basutoknaben in seinem Dienste; es gelang ihm niemals, auch nur einen zu überreden Fische zu essen.

C. Berliner-Aachen.

Zur Bakteriologie der Lepra, von Justyn Karlinski-Bosnien. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1903. Nr. 48.) Die Bazillen, welche aus Lepraknoten gewonnen werden und nur im Serum desselben leprösen Patienten zur Auskeimung und Vermehrung gelangten, sind säure- und alkoholfest. Ob dieser Bacillus als ein echter Leprabacillus anzusehen ist, ist zweifelhaft. Die Anzahl der Untersuchungsfälle ist zu gering, um darin Klarheit zu erzielen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Eine diagnostische Prüfung von 150 Leprafällen, von Jonathan T. Mc Donald-Honolulu. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 6. Juni 1903.) Verfasser hat die in den letzten beiden Jahren auf Hawaï beobachteten und nach Molokai, der Isolierinsel, überwiesenen 150 Leprafälle nach der Häufigkeit gewisser Symptome gesichtet und resumiert wie folgt:

1. Das Mikroskop ist das wichtigste Hilfsmittel zur entscheidenden Diagnose der Lepra. Kein Patient sollte der Isolierkolonie überwiesen werden ohne den bakteriologischen Nachweis der Krankheit.

2. Von klinischen Symptomen werden Flecke, besonders Leukodermflecke, in 89% aller Fälle gefunden.

3. Die in 74% gefundenen Lepraknoten sind das wichtigste Erkennungszeichen der Hautlepra.

4. Verdünnung oder vollkommener Verlust der Augenbrauen und Wimpern findet sich in 63%.

5. Atrophische Veränderungen an den Händen und Vorderarmen mit Verkürzung und Kontraktion der Finger und Verdickung des Nervus ulnaris kommen in 32% der Fälle zur Beobachtung.

6. Das Plantarulcus findet sich in 26%, gewöhnlich am Grofszehenballen.

7. In 16% der Fälle zeigte sich Verstümmelung der Phalangen, gelegentlich mit Spontanamputation.

8. Elephantiasis der Hände und Füfse wurde in 16% und

9. Facialislähmung in 11% der Fälle beobachtet.

10. Die ganze Körperoberfläche sollte sorgfältig nach anästhetischen Zonen abgesucht werden.

11. Bei fast allen Leprösen finden sich, zum mindesten in leichtem Grade, mehrere der genannten Symptome. *A. Loewald-Kolmar.*

Einiges zur Differentialdiagnose der Hautlepra, von Mathias Hirschberg-Riga. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 17.) Der Vortrag enthält nur Bekanntes. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Lepra und ihre klinischen Formen, von Filaretopoulo-Athen. (*Méd. orient.* 1903. Nr. 2.) Die Lepra ist nach Ansicht des Verfassers eine nur selten auf ansteckender, gewöhnlich vielmehr auf erblicher Grundlage beruhende mikrobienne Krankheit. Sie zerfällt in eine allgemeine und eine örtliche Abart. Erstere wiederum teilt sich in tuberkulöse und nervöse oder anästhetische Lepra. Beide Formen gehen unter Umständen ineinander über und haben beide den Hansenschen Bacillus als ätiologischen Faktor. Die Toxine dieser Bazillen werden vererbt ähnlich wie der Lues hereditaria (tarda). Die bevorzugten Lokalisationen der örtlichen Lepra sind obere und untere Gliedmafsen, besonders die Hände; dann das untere Lid, das atrophisiert. Ferner treten Atrophien des Thenar und Hypothenar auf, es gesellen sich Mutilationen dazu. Prophylaktisch zu empfehlen ist das Eheverbot für Lepröse und ihre Isolierung, letztere trotz der nur sehr geringen Infektiosität. Die Lepra ist in ihrem Beginne heilbar, und zwar durch Hygiene, Diätetik und Klimawechsel. Medikamentös therapeutisch werden Quecksilbereinspritzungen und Dosen von Chaulmoograöl (bis 300 Tropfen pro die) zu bevorzugen sein. Die Zahl der Leprösen der Erde schätzt der Verfasser auf über 300000. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von makulo-anästhetischer Lepra, von Asselbergs. (*Presse méd. belge.* 1903. Nr. 21.) Es handelt sich um einen 45jährigen Niederländer, der 1880 nach Niederländisch-Indien ging, wo er sich 13 Jahre lang aufgehalten hat. 1894, ein Jahr nach der Heimkehr, zeigten sich die ersten Symptome von Lepra in Form von Flecken, die sich drei Wochen später auf den gesamten Körper ausbreiteten, das Gesicht übergriffen. Nach zwei Jahren schwanden sie zuerst aus dem Gesicht, dann wurden sie auch am Körper weniger zahlreich und weniger sichtbar. 1901 traten am Rumpf Linien von Lepra gyrata auf, die bis heute bestehen. Tuberkeln bestehen in der Haut nirgends, wohl aber deutliche nervöse Störungen, und zwar Ausfall der Empfindung für thermische Reize und Herabsetzen der Sensibilität für Schmerz. Das

Tastgefühl ist ungestört. Die Reflexe sind bis auf den aufgehobenen Plantarreflex und die gesteigerten Patellarreflexe scheinbar normal. Von sonstigen Störungen bestehen ein ausgesprochener Dermographismus und trophoneurotische Geschwüre an den Ellbogen, sowie ein Mal perforant am Fuſs. *Hopf-Dresden.*

Klinischer Beitrag zur Kasuistik der mutilierenden Lepra, von MANTELLA. (*Rif. med.* 1903. Nr. 38.) Der Fall betrifft eine 45jährige Frau aus der italienischen Provinz Catanzaro, wo sich zurzeit keine Fälle von Lepra nachweisen lassen; auch in ihrer ganzen Familie war nichts Derartiges bekannt. Die Patientin hat ihre Heimat niemals verlassen. Es wurden bei ihr hochgradige Sensibilitätsstörungen und ausgedehnte Mutilationen an beiden oberen und unteren Extremitäten konstatiert. Syphilis konnte ausgeschlossen werden; ebenso fehlten die erforderlichen Anhaltspunkte zur Annahme einer MORVANschen Krankheit. *C. Müller-Genf.*

Die Behandlung der Lepra, von A. H. OHMANN-DUMESNIL-St. Louis. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 16. Mai und 13. Juni 1903.) Alle bisherigen Behandlungsmethoden der Lepra haben sich als unzulänglich erwiesen, so groſse Hoffnungen man auch anfangs auf sie gesetzt hat. Mit allen Methoden wurden Besserungen erzielt, aber keine Heilung. Die Serumtherapie ist der Weg, auf dem die Forschung fortschreiten muſs, um ein Mittel zu gewinnen, das Aussicht bietet, die Lepra zu heilen. Zur Gewinnung des Leprarerums scheinen dem Verfasser der Ziegenbock und der Maulesel geeignet zu sein, da sie nicht bloſs gegen Lepra immun, sondern auch für fast alle Krankheiten, denen ihre Familien ausgesetzt sind, unempfänglich sind. Verfasser fordert am Schlusse seines interessanten und schwungvollen Vortrages zur Weiterarbeit auf dem von ihm angedeuteten Wege auf.

Die Diskussion enthält keine neuen Gesichtspunkte. *A. Loewald-Kolmar.*

b. *Tuberkulose.*

Über die tuberkulöse Erkrankung der Haut und Schleimhaut im Bereiche der äuſseren weiblichen Genitalien, und die Beziehung der Tuberkulose zur Elephantiasis vulvae, von JESIONEK-München. (*Beitr. z. Klin. d. Tuberk.* II. Bd. 1. Heft.) Auf dem Gebiete der weiblichen Genitalerkrankungen tut eine genaue und scharfe Abgrenzung der tuberkulösen Haut- und Schleimhauterkrankungen not, und J. empfiehlt daher, an den in der Dermatologie scharf abgegrenzten vier Formen der Tuberculosis luposa, miliaris ulcerosa, verrucosa und Scrophuloderma vorläufig festzuhalten, um nicht wieder unnötige Verwirrungen entstehen zu lassen. Vom Lupus vulvae (Tuberculosis luposa) erkennt er in der Literatur nur den einen von BENDER beschriebenen Fall an. Was aber sonst den Lupus vulvae, wie ihn die Gynäkologen oft schlechtweg genannt und beschrieben haben, anbetrifft, so handelt es sich für J. um die schon von JADASSOHN und KOCH beobachtete Elephantiasis vulvae, die sich durch Volumenzunahme der Schamteile, durch Ulceration anderseits, ferner durch das Fehlen wahrer Lupusknötchen und durch den Mangel charakteristischer lupöser Gewebeveränderungen kennzeichnet. Nach dem J.schen Materiale läſst sich annehmen daſs die elephantiastischen Vorgänge an der Vulva „zwar nicht als luetische Produkte zu betrachten sind, für gewöhnlich aber auf luetischer Basis unter dem Zusammenwirken einer Reihe ätiologischer Momente ihre Entstehung finden". Deswegen wird auch in jedem Falle von Elephantiasis vulvae in der Münchner Hautklinik eine antiluetische Kur eingeleitet. Demgegenüber handelt es sich in der zweiten Form des von den Gynäkologen erhobenen klinischen Begriffes „Ulcus luposum" oder „Lupus esthiomenos" um eine wirklich tuberkulöse Erkrankung der Haut oder Schleimhaut, und zwar betrifft dies die Miliartuberkulose der Haut und Schleimhaut oder Tuberculosis cutis et mucosae miliaris ulcerosa s. propria. Hierfür bringt J. aus der

Posseltschen Klinik 14 Fälle von Prostituierten, die in der Hauptsache auch eine Organtuberkulose, namentlich Lungentuberkulose, wenn auch nicht immer manifest, annehmen ließen. Deswegen war auch das in einigen Fällen vorhandene Fieber und die Allgemeinerkrankung auf die tuberkulöse Erkrankung anderer Organe zurückzuführen und nicht etwa auf die tuberkulöse Genitalerkrankung. Deshalb ist diese miliare Haut- und Schleimhauttuberkulose „so gut wie nie auf eine direkte Infektion von außen zurückzuführen", sondern auf „die Vermittlung des Blutgefäßsystems, ausgehend von irgendeinem manifesten oder latenten älteren tuberkulösen Herd in irgendeinem Organe".

Einer der geschilderten 14 Fälle bot aber neben der Tuberculosis miliaris vulvae noch eine ganz andere Form tuberkulöser Erkrankung an der Scham, nämlich Scrophuloderma. Dieser Fall eines 23jährigen Mädchens hatte für J. um so mehr Interesse, als die bei der ersten Aufnahme des objektiven Befundes verzeichneten Krankheitsherde in ihren verschiedenen Entwicklungsstadien verfolgt und neue Efflorescenzen von ihrem ersten Erscheinen an bis zu ihren letzten Metamorphosen beobachtet werden konnten. Auf Grund dieser Beobachtungen schließt sich J. am meisten den Erklärungen und Auffassungen Jadassohns an, der das Scrophuloderma als eine absolut selbständige Form tuberkulöser Erkrankung auffaßt im Sinne „einer kolliquativen Hauttuberkulose", welcher der „erweichende Knoten" eigen ist. Anderseits braucht Riehls Begriff der Tuberculosis fungosa s. fungus cutis nicht aus dem Rahmen des Scrophuloderma erst herausgehoben zu werden; denn schließlich läßt sich nach Analogie der Lupusmetamorphosen der „fungöse Tumor" leicht als eine Umwandlung und Weiterentwicklung der Primärefflorescenz des Scrophulodermas deuten. Man tut jedenfalls gut, mit der Aufstellung neuer Typen von „Tuberkuliden" nach Möglichkeit vorsichtig zu sein. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Mutilierende Formen von Lupus, von A. Brassat. (Inaug.-Diss., Leipzig, 1903.) An der Hand von sechs ausführlichen und innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren in der Leipziger Hautklinik aufgezeichneten Krankheitsgeschichten kommt B. auf einige Eigenarten in der Mutilation seiner Lupusfälle zu sprechen. Den Ausgang zur Mutilation boten hier durchweg exfoliierende, und exulcerierende Lupusformen. Die epitheliomartige Form von Busch war niemals vertreten und ebensowenig ließen die Leipziger Fälle eine Trennung in „Verstümmelungen" und „Verkrüppelungen" zu, wie sie Küttner für seine elf Fälle auseinanderhält; im Gegenteil kamen hier mannigfache Übergänge zwischen beiden genannten Formen vor. Sodann kommt B. auf Differentialdiagnose der Lupusmutilation zum ulcerösen Syphilid, zur Syringomyelie, Lepra, Raynaudschen Krankheit, Sklerodaktylie und Carcinom zu sprechen. Aus dem therapeutischee Apparate wird die 10 %ige Pyrogallussalbe hervorgehoben. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Ein interessanter Fall von Lupus vulgaris, von R. R. Campbell-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 6. Juni 1903.) Das Bemerkenswerte an dem Falle — es handelt sich um einen Gesichtslupus bei einer Frau in den 50er Jahren — ist der Beginn im vorgerückten Lebensalter, ein Vierteljahr nach operativer Entfernung polypöser Wucherungen aus der Nase, und das mehrere Jahre unveränderte Bestehen regionärer Lymphdrüsenschwellung. Aus der Vorgeschichte ist noch zu erwähnen, daß die Patientin 20 Jahre zuvor ihren phthisischen Bruder während seines letzten Lebensjahres pflegte. Das klinische Bild veranlaßt den Verfasser, neben Lupus vulgaris noch Tuberculosis verrucosa cutis differential-diagnostisch in Betracht zu ziehen. Dagegen bemerkt Zeisler-Chicago in der Diskussion, daß sowohl die Lokalisation im Gesicht wie das Fehlen der warzenähnlichen Wucherungen gegen Tuberculosis verrucosa cutis sprechen. *A. Loewald-Kolmar.*

Über die Lichtbehandlung des Lupus mit der Finsen-Reynschen Lampe, und die verwandten physikalischen Methoden, von Werther-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 47.) Nach einem kurzen Hinweis auf die grofsen Aufwendungen, die in Dänemark für die Finsenbehandlung armer und wenig bemittelter Lupuskranker gemacht werden, beschreibt W. den ursprünglichen Finsenschen Apparat, die Lortet-Genoudsche und die Eisenelektrodenlampe, sowie die Finsen-Reynsche Lampe, deren er sich jetzt bedient, und schildert dann ganz kurz die Wirkung des Finsenverfahrens auf den Lupus, sowie die durch die Röntgenstrahlen erzeugten Hautveränderungen. Zum Schlusse erwähnt er dann noch die radioaktiven Strahlen und ihre Einwirkung auf die Haut; er hält es für möglich, dafs diese Strahlen in den Zellen elektrische Erregungen hervorrufen, die dann sekundär zu chemischen Veränderungen führen. *Göts-München.*

Über den Wert der chemischen Strahlen aus der Geisslerschen Röhre bei der Lupusbehandlung, von C. Colombo-Rom. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 35.) C. hat im Anschlufs an Seduc, der es versucht hat, das Licht aus der Geisslerschen Röhre, das aus chemischen, kalten und beinahe unsichtbaren Strahlen besteht, in therapeutischer Hinsicht zu untersuchen, verschiedene Lupusformen der Behandlung mit Strahlen aus der Geisslerschen Röhre unterzogen und führt drei Krankengeschichten an, die im Verein mit seinen anderen Beobachtungen den Schlufs zulassen, dafs zwar das Vorhandensein von sehr aktiven chemischen Strahlen in der Geisslerschen Röhre nicht zu leugnen ist, dafs diese Strahlen aber durchaus nicht intensiv genug sind, um eine direkte Wirkung auf die Lupusgewebe auszuüben. Die Kompression und damit die Anämisierung der Haut ist dabei absolut unnötig, um das Eindringen der Strahlen zu ermöglichen, denn viele französische und deutsche Autoren haben bei Lupus mit direkter Bogenlichtbestrahlung ohne Anwendung irgendwelchen Kompressors Erfolge erzielt. *Putzler-Danzig.*

Licht in der Behandlung des Lupus und anderer chronischer Hauterkrankungen, von J. W. Kime-Fort Dodge, Jowa. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 11. April 1903.) Verfasser berichtet über einige gute Erfolge, die er mit Bestrahlungen mit konzentriertem Sonnenlicht unter Ausschaltung der Wärmestrahlen erzielt hat. *A. Loewald-Kolmar.*

In der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. Nr. 34) demonstrierte Doutrelepont an drei Patienten die **Behandlungsmethoden des Lupus,** die in letzter Zeit an der Bonner Hautklinik zur Anwendung gelangen. Da die T.-R.-Behandlung allein wohl gute Resultate gab, aber nicht vor Rezidiven schützte, wandte D. sich den Röntgenbestrahlungen zu, die er mit chirurgischen und kaustischen Mafsregeln kombinierte; die Erfolge bei den sehr ausgebreiteten Lupusfällen sind ausgezeichnete, und berechtigen zu der Erwartung, dafs alles Krankhafte zerstört ist; exzidierte Stücke erwiesen histologisch das Vorhandensein reichlichen Narbengewebes mit spärlichen, geschrumpften Infiltratresten. Auf Tuberkulininjektion erfolgte weder lokale noch allgemeine Reaktion. D. bestrahlt die Patienten bis zur beginnenden Röntgendermatitis und schickt sie dann, zur Erleichterung der Kosten, während der Dauer der Reaktion nach Hause, um dann von neuem zu bestrahlen. *F. Hahn-Bremen.*

Die erfolgreiche Behandlung einiger Lupusfälle, von C. Stanser Bowker-Newport. (*Lancet.* 14. Nov. 1903.) Bei sieben, zum Teil sehr ausgedehnten Fällen von Lupus vulgaris hat Verfasser durchaus befriedigende Resultate erhalten durch möglichst vollständige Exzision der Krankheitsherde und nachherigen Verband mit Karbol- und Guajakollösung bei subcutanen Injektionen von abwechselnd Kochschem Tuberkulin und Arsenik in Form von Liq. arsenic. Fowleri. Die ersten zwei Fälle

datieren aus dem Jahre 1890, und bei allen ist bisher der Erfolg ein guter und dauernder gewesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen durch Exzision behandelten Fall von Lupus der Stirn und des rechten Armes und Ellbogens, von C. H. Leaf-London. (*Lancet.* 14. Nov. 1903.) Die erkrankten Gebiete hatten in rundlicher Form einen Durchmesser von ca. 1 bis 3 Zoll. Aufpinselungen von 5 %iger Formalinlösung erwiesen sich nach anfänglichem Erfolg als ungenügend. Durch die Exzision wurde ein jetzt sieben Monate andauerndes, durchaus befriedigendes Resultat erzielt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

In der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden (Sitzung am 3. Oktober 1903. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 47) sprach Dunzelt über **Behandlung des Lupus und der Alopecia areata.** Er stellte einen Mann vor, bei dem ein ausgedehnter Lupus des Gesichts durch Bestrahlung mittels des von Credé modifizierten Apparates „Sanitas", einer Blaulichtlampe, vollständig geheilt worden ist. Die Wirkung dieses Apparates beruht auf Grundsätzen, die den von Finsen angegebenen gerade entgegengesetzt sind: Das erkrankte Gewebe wird nicht blutleer gemacht, also nicht komprimiert; der Apparat arbeitet mit einer niederen Ampèrezahl (10 A.) und hohen Voltzahl (110 V.), endlich wird keine Bergkristalllinse benutzt, sondern eine Glaslinse, durch welche die ultravioletten Strahlen fast bis zur Unwirksamkeit abgeschwächt werden. — Weiterhin wurde durch 52 malige Bestrahlung mit dem gleichen Apparat eine hochgradige, seit fünf Jahren bestehende, vielfach erfolglos behandelte Alopecia areata bei einem 17jährigen Mädchen so weit gebessert, daß auf dem Kopfe wieder dichtstehende, kräftige, starke Haare wuchsen. Auf welche Weise dieser Erfolg zustande kam, kann D. nicht angeben; um eine Wärmewirkung kann es sich nicht handeln.

In der Diskussion über diesen Vortrag wies Hofmann auf die vorzüglichen Resultate der Finsenbehandlung hin. Werther bestreitet, daß die Prinzipien der Blaulichtbehandlung „Sanitas" andere sind als die der Finsenlampe. Im übrigen findet sich bei dem demonstrierten Fall an beiden Wangen und an der Nasenspitze eine chronische Hyperämie, wie sie bei der Anwendung der Finsenapparate nicht vorkommen. Wahrscheinlich handelt es sich bei dem besprochenen Apparat nur um eine abgeschwächte Licht- oder gar nur um eine Wärmewirkung. Dunzelt bleibt demgegenüber dabei, daß die Credélampe von der Finsenlampe prinzipiell durchaus verschieden ist. *Götz-München.*

Kaliumpermanganat bei Lupus, von Ellis Pearson. (*Brit. med. Journ.* 25. Juli 1903.) Der Verfasser hat nach der Methode von Hall-Edwards einen 15jährigen Knaben mit hartnäckigem Lupus der Nase mit einer gesättigten Kaliumpermanganatlösung behandelt und die Krankheit in sehr günstiger Weise beeinflußt und namentlich auch für die Röntgenstrahlenbehandlung gut vorbereitet.

C. Berliner-Aachen.

Die Injektionen von Jodöl bei der chirurgischen Tuberkulose, von Mastri. (*Rif. med.* 1903. Nr. 39.) Der Verfasser hat die Methode (subcutane Injektionen von Öl, das 5 % Jod enthält) unter anderen chirurgischen Affektionen tuberkulöser Natur auch in drei Fällen von Epididymitis und in vier Fällen von Orchi-Epididymitis angewendet, jedoch ohne jeglichen Erfolg. *C. Müller-Genf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 38. No. 9. 1. Mai 1904.

Über einige Fälle von Neurodermitis chronica linearis.

Von

Prof. V. Mibelli-Parma.

Mit drei Abbildungen im Text.

Morphologen, Physiologen, Pathologen, Kliniker und Experimentatoren haben im Verlaufe der letzten zehn Jahre eine Menge von Beiträgen geliefert zur Erklärung und Anwendung der Theorie über die Verteilung der Rückenmarksnerven in segmentaler oder metamerer Ordnung. Diese Theorie wurde zuerst von Türck[1] im Jahre 1856 aufgestellt, um dann während längerer Zeit in beinahe vollständige Vergessenheit zu geraten. Später kamen dann die Arbeiten von Sherrington,[2] welcher die physiologisch experimentelle Methode befolgte, die anatomischen Untersuchungen von Bolk,[3] von Allen Starr,[4] Kocher[5] und besonders von Head,[6] deren klinische Beiträge neue Belege für die metamere Theorie lieferten. Diese letztere ist bereits von einigen Klinikern zur Auslegung gewisser mit der Pathologie des Nervensystems zusammenhängender Tatsachen verwendet worden.

Die neue Theorie hat dann selbstverständlich auch ein ergiebiges Feld der Anwendung in der speziellen Pathologie der Hautkrankheiten gefunden, besonders in der viel behandelten Frage über systematisierte Verteilung gewisser Dermatosen. Selbst über die engeren Grenzen der

[1] Luciani, *Fisiol. dell'uomo.* Mailand 1903. Bd. 2. S. 329.

[2] Ch. S. Sherrington, Experiments in examination of the peripherical disturbation of the fibres of the post. roots of some spinal nerves. *Philos. transact. of the royal Society of London*, 1893.

[3] Louis Bolk, Verschiedene Arbeiten in *Morphol. Jahrbuch*, 1894—1899.

[4] Allen Starr, Local anaesthesia as a guide in the diagnosis of the upper portion of the spinal chord. *American Journ. of scien. med.* und in *Brain*, 1894.

[5] Kocher, Die Läsionen des Rückenmarks bei Verletzungen der Wirbelsäule. *Mitteil. a. d. Grenzgebiet. d. Med. u. Chir.* 1896. Bd. I.

[6] Head, Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen. Hirschwald, Berlin 1898.

dermatologischen Spezialkreise bekannt sind in dieser Beziehung die Arbeiten von HEAD,[7] BLASCHKO,[8] BRISSAUD,[9] HEAD und CAMPBELL[10] über die Topographie der Eruptionszone des Herpes zoster. Aufserdem hat die Frage anderorts zu einer Menge weniger wichtiger Diskussionen Anlafs gegeben, aus denen hervorgehen würde, dafs die Lokalisation und Verteilung der Herpesgruppen bei diesen Krankheiten segmentierten Hautbezirken, Dermatomen (BOLK) und diese wieder einer radikulären oder rhizomeren Rückenmarksmetamerie entsprechen.

Man hat aber auch noch für andere, einem grofsen Teile der Ärzte weniger bekannte Hautkrankheiten die Ursache dieser Verteilung in umschriebene Bezirke in dieser Hautmetamerie suchen wollen: so für die Naevi, die Sklerodermie, die Pigmentsyphilide und eine Reihe anderer syphilitischer umschriebener und zonenförmiger Hautkrankheiten. Endlich hat man auch in der Art der Verteilung des petechialen Exanthems bei der Purpura, des Variolarashes, der papulo-pustulösen Eruption der Variola selbst, des Scharlachexanthems eine besondere Vorliebe für bestimmte abgegrenzte Hautbezirke erblicken zu können geglaubt, welche einer radikulären Metamerie entsprechen sollten.[11]

Eine solche Anwendungsweise einer rein theoretischen Frage, die noch sehr des weiteren Studiums bedarf, mufs als mindestens sehr gewagt bezeichnet werden. Anderseits aber müssen wir zugeben, dafs auf diesem Wege anderweitige wichtige, während einer zeitlang im Hintergrunde gebliebene Fragen wieder hervorgeholt und näher untersucht worden sind: so die Frage von den Beziehungen der Hautkrankheiten zu den Affektionen des Nervensystems, ferner von dem Anteile, den das Nervensystem unter den Bedingungen einnimmt, die der Lokalisation und Verteilung der Dermatosen vorstehen. In indirekter Weise haben ferner diese Studien die Dermatologen auf gewisse krankhafte Zustände aufmerksam gemacht, die weniger häufig beobachtet werden, nicht so wichtig erscheinen

---

[7] HEAD, *Brain* 1893, 1894, 1896.

[8] BLASCHKO, Beiträge zur Topographie der äufseren Hautdecke. *Arch. f. Derm. u. Syphil.* 1898. Bd. 43. S. 37 und MRAČEK, *Handb. d. Hautkrankheiten.*

[9] BRISSAUD, Leçons sur les maladies nerveuses, deux. série und die folgenden. Masson, Paris 1899.

[10] HEAD and CAMPBELL, The pathology of herpes zoster and its bearing on sensory localisation. London 1900. Siehe auch bei diesem Anlasse die gute Arbeit von G. LANGEVIN, Étude sur la métamérie cutanée en particulier dans le zona et les fièvres éruptives. Paris 1903.

[11] In dem bereits zitierten Werke von BRISSAUD wird ferner von einer Reihe anderer Affektionen gesprochen, von denen angenommen wird, dafs sie infolge ihrer begrenzten Verbreitung in metamere Bezirke verteilt sind; dahin sollten gehören: die Urticaria, das Ekzem, die Dermatitis herpetiformis, die Vitiligo, das Angiokeratom, die multiplen Fibrome und Lipome. BRISSAUD, loc. cit. S. 141 ff.

und aufserdem schwer in die Reihe der bereits bekannten Dermatosen einzureihen sind, die aber nichts desto weniger einer Aufmerksamkeit wert sind, infolge ihrer Verteilung in Form von Streifen oder Linien, die eine gewisse Systematisierung voraussetzen lassen.

Es ist ein Hauptverdienst von Balzer und Blaschko alles das gesammelt zu haben, was man über die lineären Dermatosen weifs. Blaschko[12] hatte besonders das Studium der Hautnervenverteilung in ihren Beziehungen zu einigen Dermopathien im Auge und behandelt in seiner Arbeit neben dem Zoster und den systematisierten Naevi jene Fälle, die sich in der Literatur der letzten Jahre zerstreut finden und bald als Ekzeme, bald als Psoriasis, bald als Ichthyosis, Lichen oder Neurodermitis beschrieben sind und nur wegen ihrer linienförmigen Verteilung bemerkenswert sind. Andere Fälle, welche dem Berliner Dermatologen entgangen waren, finden sich in der beinahe gleichzeitig erschienenen Arbeit von Balzer[13] angeführt. Ebenso haben Bertamini,[14] Fischel und Pinkus[15] einige andere in ihren kasuistischen Publikationen veröffentlicht.

Auf diese Weise sind diese „lineären Dermatosen" zu einer selbstständigen Gruppe geworden, die sich vom pathogenetischen Gesichtspunkte aus neben die bereits wegen ihrer analogen Verteilungsweise bekannten Dermatosen einreihen lassen, nämlich den Zoster, die systematisierten Naevi, die Sklerodermie (streifenförmig lokalisierte).

Ich lasse hier die Beschreibung einer Anzahl derartiger Fälle folgen und werde bei dieser Gelegenheit eine kurze kritische Übersicht der Ansichten geben, welche hinsichtlich ihrer Pathogenese geäufsert worden sind.

Erster Fall. Ferrari Ines, 7 Jahre alt, von Parma; wurde am 4. Mai 1901 in der Poliklinik des dermosyphilopathischen Institutes vorgestellt. Die Mutter der kleinen Patientin gibt an, dafs sich letztere seit ca. einem Monat über Jucken am hinteren Teile des rechten Beines beklagt. Erst seit einigen Tagen bemerkt sie an derselben Stelle die Veränderungen auf der Haut, welche die Überführung der Patientin in die Klinik veranlafst haben. Früher sind bei ihr weder Haut- noch andere Krankheiten konstatiert worden.

---

[12] Blaschko, Die Nervenverteilung der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut. Wien 1901.

[13] Balzer et Alquier, Les dermatoses linéaires. *Arch. générales de Méd.* Juni 1901. Balzer et Lecornu, Contribution clin. à l'étude des dermat. linéaires. *Ann. de Dermatol. et de Syphiligr.* 1901. S. 928. Siehe auch Dissertation von Grelault, Contribution à l'étude des dermatoses linéaires. Paris 1901.

[14] Bertamini, Zur Kenntnis der strichförmigen Erkrankungen. *Arch. f. Derm. u. Syphil.* Bd. 62. S. 35.

[15] Fischel und Pinkus, Strichförmige Hautausschläge am Bein. *Derm. Zeitschr.* 1902. S. 123.

Sie ist gut entwickelt, sieht gesund aus und ist gut genährt. Aufser an der oben beschriebenen Körpergegend ist auf der ganzen Hautoberfläche nichts Abnormes nachzuweisen. An besagter Stelle aber besteht eine ekzemato-lichenoide Hautaffektion, die wie ein dünnes Band aussieht, welches sich in Gestalt einer unregelmäfsig geschlängelten Linie in der Längsrichtung des Gliedes hinzieht und sich vom Malleolus externus bis in die Nähe der Femoro-Glutäalfalte erstreckt. Wie dies aus Fig. 1 ersichtlich, beginnt diese Linie vorderhalb des Malleolus externus, wo sie aber nur schwach angedeutet ist; von hier aus zieht sie zunächst nach unten, dann in einem Bogen um den Malleolus herum nach dem inneren Rande des Beines, und durchkreuzt in sehr stumpfem Winkel die Achillessehne. Gegen die Mitte des Beines zu richtet sie sich wieder nach aufsen, beinahe bis zum Condylus externus femoris; von hier aus biegt sie sich wieder nach der Mittellinie der hinteren Oberschenkelfläche, um sich schliefslich, ca. 10 cm von der Femoro-Glutäalfalte entfernt, zu verlieren. Weiter oben über der rechten Glutäalgegend besteht ein weiterer Herd, in Gestalt einer krummen Linie mit Konvexität nach aufsen. Diese Linie erstreckt sich ca. 7 cm von der Falte aus nach oben und erreicht ungefähr die Mitte einer Linie, die sich in horizontaler Richtung vom Sacrum nach dem Trochanter hinziehen würde.

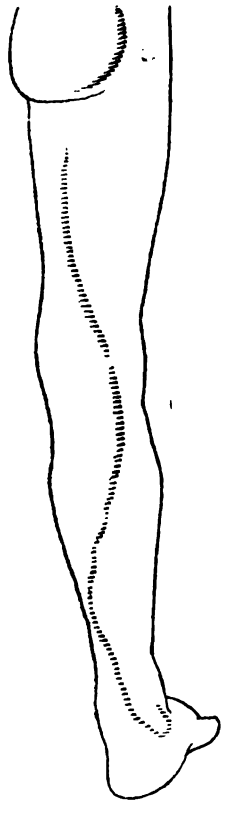


Fig. 1.

Diese beiden Herde bilden eine bandförmige Erhabenheit von nicht über 7—8 mm Breite und stechen schon durch ihre blafs rosarote Farbe und das trockene und rauhe Aussehen ihrer Oberfläche hervor. Sie bestehen teils aus zusammenhängenden papulösen Elementen, teils aus einem gleichmäfsigen oberflächlichen Hautinfiltrate, das von spärlichen trockenen, anhaftenden Schuppen überdeckt ist. Stellenweise bestehen aber Anzeichen von Exsudation in Gestalt von kleinen Bläschen und Borken. Sie sind der Sitz eines ziemlich intensiven, kontinuierlichen, aber anfallsweise exacerbierenden Juckens. Leider habe ich von dieser Patientin seither nichts mehr gesehen.

Zweiter Fall. Barabani Peter, $2^1/_2$ Jahre alt, von Roccabianca (Parma), wurde am 17. März 1902 in der Poliklinik untersucht. Normal abgelaufene Geburt, bei der nichts Abnormes auf der Haut konstatiert wurde. Hatte noch 13 andere Geschwister. Mutter lebt noch; der Vater ist vor einem halben Jahre an einer sehr rasch verlaufenen Mycosis fungoides gestorben, eine Schwester von 16 Jahren angeblich an Tuberkulose. Die

anderen Geschwister sind alle gesund. Unser Patient wurde unter künstlicher Ernährung aufgezogen, wie es scheint ohne schwere Störungen. Im Verlaufe des ersten Lebensjahres wurde er von einem Erythem in der Glutäocruralgegend befallen; diese Eruption zeigte sich dann im Verlaufe des Jahres noch einige Male, um dann zu verschwinden. Auf der rechten Seite jedoch soll die Rötung und das Jucken niemals gänzlich verschwunden sein, besonders letzteres nicht. Das Kind ist wohl genährt, aber ziemlich unruhig, so dafs es schwer fällt, dasselbe zu photographieren. Das Jucken am rechten Hinterbacken und Oberschenkel ist offenbar intensiv. An dieser Stelle besteht denn auch eine Dermatose, die sofort wegen ihrer scharfen Abgrenzung und Linienform auffällt. Sie besteht aus papulovesikulären und papulo-erosiven, in den zentralen Partien intensiv roten, gegen die Peripherie zu blasser werdenden, wenig über das Hautniveau erhabenen Elementen, von denen einige von einer dünnen gelblichen, feuchten Borke überdeckt sind. Diese Papeln sind zu streifenförmigen Gruppen vereinigt und konfluieren stellenweise gänzlich. Die Eruption sitzt auf der Konvexität des Hinterbackens in einer Länge von 9—10 cm von der Glutäofemoralfalte nach oben und in einer Breite von 4—5 mm, ca. zweifingerbreit, von der Zwischenglutäalfalte nach aufsen. Von der Glutäofemoralfalte aus zieht sich der Streifen über die hintere Fläche des Oberschenkels bis beinahe zur oberen Grenze der Kniehöhle. Auf den Nates ist die Eruption in drei scharf abgegrenzte Teile getrennt, in Gestalt von drei geschlängelten Bändern (Fig. 2), die nirgends breiter sind als 1 cm, und die in etwas schiefer Richtung von oben nach unten und von innen nach der Glutäofemoralfalte ziehen. Die beiden gröfseren und gleichzeitig äufseren stofsen nach untenhin zusammen und gehen dann in den unteren Streifen des Oberschenkels über. Die kürzere der drei Linien, die nach innen gelegen ist, reicht zunächst bis zur Glutäofemoralfalte und zieht dann von hier nach der Perinealgegend und die Skrotalhaut in einer Länge von 2 cm.

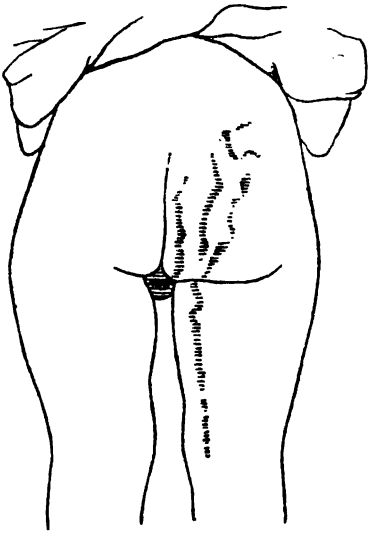


Fig. 2.

Abgesehen von ihrem linienförmigen Verlaufe ist die Eruption schwer zu diagnostizieren. Zieht man die morphologischen Merkmale der Affektion und das heftige Jucken in Betracht, so könnte man von einer

Prurigo mit sekundärer Ekzematisation infolge des Kratzens reden. Nun aber fehlt gerade eines der wichtigsten diagnostischen Merkmale dieser Affektion, wenn man die eigentümliche Gruppierung und Verteilung der eruptiven Elemente berücksichtigt.

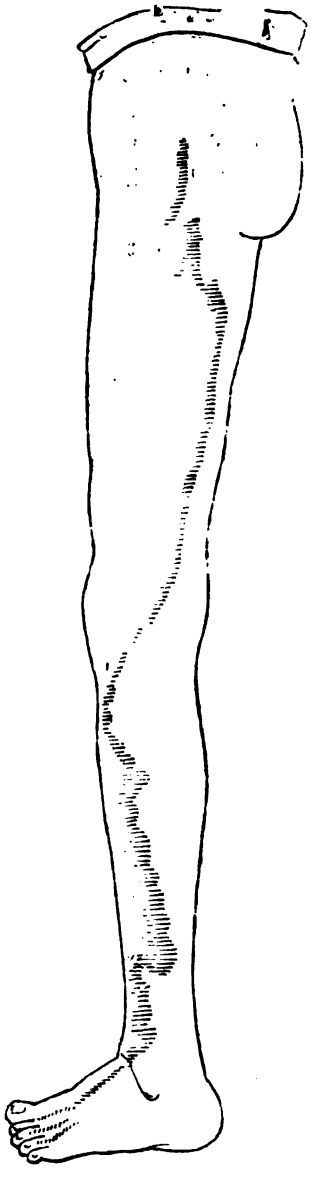


Fig. 3.

Ich sah das Kind nach drei Monaten wieder, während welcher Zeit es ohne jede Art Behandlung gelassen worden war, behufs Studium der Dermatose. Der Status war ungefähr derselbe, wie bei der ersten Untersuchung. Zum letzten Mal habe ich es am 3. Oktober 1903 gesehen, wo ich nur einen kleinen Unterschied in seinem lokalen Zustande konstatieren konnte: die drei parallelen Streifen auf den Nates sahen etwas verschwommen aus, gegen untenhin vereinigten sie sich zu einer einzigen, lichenartig aussehenden Plaque, während der Streifen auf dem Oberschenkel noch ganz scharf gezeichnet aber nur noch etwa 3 mm breit war. Auf der ganzen übrigen Haut war nichts Abnormes zu sehen. Das Kind hat sich ganz normal entwickelt und befindet sich in einem blühenden Gesundheitszustande. Die subjektiven Beschwerden bestehen in nächtlichen Anfällen heftigen Juckens, die aber hier und da ausbleiben.

Dritter Fall. Zambonini Camille, 17-jährig, Schuhmacher aus Parma, stellt sich am 13. Juli 1903 in der Poliklinik mit heftigem Jucken am linken Beine, wo er vor einigen Tagen zum erstenmal die gegenwärtige Hautaffektion konstatiert hat. Keine vorausgegangenen Krankheiten irgend welcher Art. Hochgewachsener, regelmäfsig gebauter, etwas magerer, aber gesund aussehender Jüngling.

Nichts von Naevi oder anderen Entwicklungsanomalien. Auf der etwas groben und braungefärbten Haut sieht man frische Kratzeffekte an verschiedenen Körperstellen und da und dort kleine Plaques leichter pityriasisartiger Abschuppung; an anderen Stellen kleine lebhafter gefärbte Quaddeln. Alle diese unbedeutenden Hautveränderungen scheinen auf

mangelhafte Reinlichkeit zurückzuführen zu sein (Flöhe) und haben mit der Dermatose nichts zu schaffen. Die letztere besteht in einem oberflächlichen, abschuppenden, entzündlichen Hautinfiltrate in Form eines Bandes, welches die untere Extremität in ihrer ganzen Länge durchzieht; diese unregelmäfsige Linie geht von der Zehenspitze bis zur Glutäalgegend und zeigt nur einige wenige kurze Unterbrechungen (Fig. 3).

Diese Linie beginnt oben auf der Konvexität des Hinterbackens, 7 cm innerhalb des Trochanters und 5 cm von der Glutäofemoralfalte entfernt; dann folgt eine jähe Unterbrechung, worauf sich wieder ein zweiter, bedeutend längerer Streifen anschliefst. Dieser geht von der Glutäofemoralfalte nach unten gegen die hintere Mittellinie des Oberschenkels, lenkt dann in der Nähe der Falte plötzlich ab und verläuft in ziemlich regelmäfsiger, schiefer Richtung nach aufsen bis zur Gelenklinie des Femoro-Tibialgelenks. Nach einer Unterbrechung von etwa 2 cm verläuft das Band weiter; vom Fibulakopfe aus zieht es der Aufsenfläche des Unterschenkels entlang in geschlängelter Linie über den äufseren Malleolus nach dem Fufsrücken und über dessen Mittellinie bis zur Zehenwurzel. Hier folgt eine neue Unterbrechung, und dann teilt sich das Band in drei Teile, die über den Rücken der zweiten, dritten und vierten Zehe hinziehen.

Die Dermatose bildet ein scharf abgegrenztes Infiltrat, das sich beim Darüberstreichen mit dem Finger dem Tasten gut fühlbar macht und von der Umgebung deutlich absticht. Es läfst sich in dieser Beziehung am besten mit einer Psoriasisplaque vergleichen. Es setzt sich nicht zusammen aus streifenförmig gruppierten Efflorescenzen, sondern bildet eine kontinuierliche bandförmige Erhabenheit, die oben beschriebenen Unterbrechungen abgerechnet. Anderseits gleichen die sich ablösenden parakeratotischen Schuppen keineswegs der charakteristischen Schuppendecke der Psoriasisefflorescenzen, sondern vielmehr dem squamösen Überzug von Ekzemplaques; dies um so mehr, als die Dermatose auf der Aufsenfläche des Unterschenkels ganz die Merkmale eines ekzematösen Prozesses zeigt, welcher nach hinten zu von einem linienförmigen Infiltrationsrande begrenzt ist, und sich nach vorn zu nach und nach in die gesunde Haut verliert.

Der Patient kann nicht angeben, wann ungefähr die beschriebenen Veränderungen zuerst aufgetreten sind; er weifs nur, dafs er seit einigen Monaten von einem heftigen Jucken geplagt ist, und dafs sich das Übel in letzterer Zeit nach der antero-lateralen Fläche des Unterschenkels ausgebreitet hat. Eine Behandlung wurde nicht eingeleitet, und Ende August zeigte sich der Patient wieder in der Poliklinik. Sein Zustand war in jeder Beziehung unverändert.

Diese eigentümlichen bandförmigen Dermatosen haben dies gemein, dafs es äufserst schwer fällt, sie in die eine oder andere der häufigeren oberflächlichen Hautentzündungen einzureihen. Von meinen drei Fällen

hätte, wie gesagt, der eine als lichenoides Ekzem aufgefafst und der chronischen, umschriebenen Neurodermitis von Brocq an die Seite gestellt werden können. Der zweite erinnert an die mit Ekzem verbundene Prurigo mitis der Kinder, der dritte etwas an Psoriasis. Trotz alledem dürfte man sie aber im strengen Sinne der Bezeichnung nicht als chronische circumskripte Neurodermitis, Prurigo oder Psoriasis auffassen.

So ist der Fall von Frank-Shearer,[16] einer der ersten im Verlaufe der letzten 20 Jahre veröffentlichten, als Ekzem beschrieben, der von Unna-Philippson[17] als Ichthyosis (erster Fall), der von Thibierge[18] als Psoriasis, der von Hallopeau und Jeanselme[19] als Naevus lichenoides, der von Touton[20] als Neurodermitis chronica verrucosa und der von Hugo Mayer[21] sowie andere mehr als Lichen. Aber schon Jadassohn[22] hatte bei Anlafs der Vorstellung des Falles von Touton der Ansicht Raum gegeben, man könne die genannten Affektionen nicht zu den gewöhnlichen entzündlichen Dermatosen zählen, sondern man müsse sie als Naevi lineares auffassen und in die Kategorie der pruriginösen systematisierten Naevi verlegen. Diese Ansicht war bereits bei Anlafs der Vorstellung des Falles von Hallopeau und Jeanselme in der Französischen dermatologischen Gesellschaft geäufsert worden. Es wurde damals hervorgehoben, dafs dem Begriffe „Naevus" eine weitere Ausdehnung gegeben werden solle, als dies bisher der Fall gewesen. Aus der Diskussion ging denn auch hervor, dafs ein substantieller Unterschied zwischen den einzelnen unter so verschiedenen Diagnosen angegebenen Fällen nicht existieren, und dafs anderseits auf keine derselben die ihm gegebene Bezeichnung pafst.

In der Folgezeit wurden dann noch andere Fälle dieser Art publiziert, jedoch mit weniger absoluter Diagnose; so der von Leven[23] unter dem

---

[16] Frank-Shearer, Case of ekzema following the course of the small sciatic and savenous nerves. *The Glasgow med. Journ.* Febr. 1885.

[17] Philippson, Zwei Fälle von Ichthyosis cornea partialis. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1890. Bd. XI.

[18] Thibierge, Un cas de psoriasis avec localisations prédominantes sur le territoire du nerf saphène interne gauche et des nerfs musculo-cutanés du plexus brachial *Annales de Dermatol. et de Syphil.* 1893. S. 1165.

[19] Hallopeau et Jeanselme, Sur un naevus lichénoïde en série linéaire correspondant aux lignes de Voigt. *Annales de Dermatol. et de Syphil.* 1894. S. 1273.

[20] Touton, Ein Fall von Neurodermitis linearis chronica verrucosa. Verhandl. d. Deutsch. dermatolog. Gesellschaft, V. Kongrefs. 1896. S. 418.

[21] Hugo Mayer, Ein Fall von Lichen ruber in der inneren Voigtschen Grenzlinie der unteren Extremität. *Archiv f. Dermatol. u. Syphil.* 1896. Bd. 42. S. 59.

[22] Jadassohn, Verhandlung der Deutschen dermatologischen Gesellschaft, V. Kongrefs. 1896. S. 432.

[23] Leven, Ein Fall von Dermatosis linearis dermopathica. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. Nr. 41.

Titel „Dermatosis linearis neuropathica", der von Balzer und Mercier[24] als „Trophoneurose lichenoide en bande linéaire", von Sternthal[25] als „Strichförmige Hauterkrankung: Ekzem?". Während nun Jadassohn[26] bei Anlafs einer Reihe anderer derartiger Fälle die Idee aufgegeben hatte, sie als Naevi zu betrachten, meint Brocq, dafs man bei diesen streifenförmigen Dermopathien zwei verschiedene Kategorien unterscheiden müsse, nämlich vom Gesichtspunkte der elementaren Läsion aus betrachtet, genau definierte Dermatosen und solche, deren eruptive Elemente nicht rein zu sein scheinen.[27]

Drei Jahre später machte Blaschko[28] auf dem Breslauer Kongresse eine Aufzählung der verschiedenen klinischen Formen mit ihren verschiedenen Kombinationen und sagte zum Schlusse: „Es ist ferner möglich, dafs neben den angeführten Hautaffektionen (Naevi, Ekzem, Psoriasis, Lichen planus, Lichen simplex) noch eine andere Krankheit sui generis existiert (Dermitis oder Neurodermitis linearis-Ekzema lineare lichenoides)."

Was nun Blaschko da in vorsichtiger Weise als letzte Hypothese hinstellt, mufs nach meiner Ansicht als direkte Folgerung aus dem Studium der bisher beobachteten Fälle typischer strichförmiger Dermatosen aufgefafst werden.[29] Bei denselben konstatiert man einen chronischen, oberflächlichen, exsudativen und desquamativen Entzündungsprozefs mit leichter Infiltration der Cutis und begleitet von mehr oder weniger heftigem Jucken, welcher eine Neigung zeigt, spontan abzuheilen, während sich die Therapie ihm gegenüber als ziemlich ohnmächtig gezeigt hat, und welcher sich nicht identifizieren läfst mit den gewöhnlichen entzündlichen Dermatosen, die wir weiter oben angeführt haben. Wenn die Behauptung Brocqs

---

[24] Balzer et Mercier, Trophoneurose etc. *Annales de Dermatol. et de Syphil.* 1898. S. 258.

[25] Sternthal, Verhandlung der Deutschen dermatologischen Gesellschaft, V. Kongrefs. Braumüller, Wien 1899. S. 266. — Siehe auch Neissers *Stereoskopischer med. Atlas.* Heft XVII. F. 201.

[26] Verhandlung der Deutsch. dermatol. Gesellsch., VI. Kongr. 1899. S. 260.

[27] *Annales de Dermatol. et de Syphil.* 1898. S. 261.

[28] Oben angef. Arbeit. Erschien als Anhang zu den Verhandl. der Deutschen dermatologischen Gesellschaft, VII. Kongrefs. Breslau, Mai 1901.

[29] Derartige Fälle finden sich in den bereits zitierten Arbeiten von Shearer (1885), Philippson (1890), Thibierge (1893), Hallopeau et Jeanselme (1894), Touton (1896), Leven (1897), Balzer et Mercier (1898), H. Mayer (1898), Balzer et Lecornu, Balzer et Alquier (1899), Bertamini (1901), Blaschko (1901), Fischel und Pinkus (1902). Ferner müssen hier angeschlossen werden: J. Heller, Strichförmige Hauterkrankungen der unteren Extremität. *Internat. Atlas selt. Hautkrankh.* 1896. Heft 12. Hallopeau et Constensoux, Sur deux cas de dermatose en ruben d'une extrémité inf. *Annales de Dermatol. et de Syphil.* 1896. S. 1120; Hallopeau et Gardner, Sur un cas de lichen de Wilson en bandes. Ibid. 1899. Ferner Fälle von Touton, Jadassohn, Ledermann, Oppenheim, Róna, zitiert in der Monographie von Blaschko.

richtig ist, dafs es typische Fälle von Psoriasis, Lichen, Ekzem mit strichförmiger Verteilung der Eruption gibt, so ist dies jedenfalls bisher nicht hinlänglich bewiesen worden. In denjenigen Fällen mit schärfer ausgeprägter Strichform der Eruption, besonders denjenigen, die sich auf der hinteren Fläche der unteren Extremität lokalisieren (welche weitaus die häufigsten sind), handelt es sich beinahe stets um Hautveränderungen, die Brocq als zweifelhafte oder gemischte taxieren würde, und deren eruptiver Typus, nach seiner Ausdrucksweise, nicht rein zu sein scheint.

Es mufs hier auf die Wichtigkeit dieser Unbestimmtheit im dermographischen Typus der in Frage stehenden Hautveränderungen hingewiesen werden; ferner mufs hervorgehoben werden, dafs das einzige positive Merkmal, welches diese Dermatosen als Affektionen sui generis kennzeichnen, in ihrer Lokalisation und strichförmigen Verteilung besteht.

Dieses vorausgesetzt, mufs es, abgesehen von jeder anderen gleichzeitig einwirkenden ätiologischen Bedingung, als selbstverständlich angesehen werden, dafs die Pathogenese dieser Krankheitsformen intim mit jenen pathogenetischen Zuständen verbunden ist, welche ihre besondere Lokalisation und Verteilung bedingen.

Es ist heute erwiesen, dafs die Linien, welche durch diese Dermatosen auf der Hautoberfläche gezeichnet werden, mit den Richtungslinien der Hautarchitektur übereinstimmen, nämlich mit der Richtung der interpapillären Zapfen der Schleimschicht; dieser Richtung entspricht wieder diejenige der Papillarreihen, der Spaltrichtung, der Haare, sowie die Verteilung der oberflächlichen Gefäfskegel im Blutgefäfsnetze. Dieser Umstand, wofür Blaschko mit seinen schematischen Figuren einen glänzenden Beweis geliefert hat, beweist nur, dafs die Art und Weise, wie die bandförmigen Dermatosen gerichtet sind, gar nicht von der Verteilungsweise der gewöhnlichen eruptiven Dermatosen mit mehrfachen elementaren Herden verschieden ist.

Was die eigentümliche Lokalisation dieser sog. streifenförmigen Dermatosen kennzeichnet, ist nicht etwa die Richtung der Streifen, sondern einzig die Umschriebenheit der in dieser Weise abgegrenzten herdförmigen Veränderungen. Es handelt sich nun darum, die Ursache dieser eigentümlichen Abgrenzung ausfindig zu machen.

Es ist hier nicht der Ort, auf alle die diesbezüglichen Diskussionen zurückzukommen, welche bereits in den oben zitierten Werken von Blaschko und Balzer behandelt worden sind. Ich will darum auch nur auf die fundamentalen Punkte hinweisen, um welche sich die Diskussion dreht, damit der Wert anderer Hypothesen ins richtige Licht gestellt werden könne.

Wenn man einer Dermatose mit beschränktem und wohlumschriebenem Herde gegenübersteht, so ist man auf den ersten Blick leicht geneigt, aus Gründen der Analogie anzunehmen, dafs ein solcher strichförmiger Herd

einem Hautbezirke entsprechen müsse, der von einer bestimmten Gruppe von Nervenfasern innerviert ist, und dafs eine primäre Veränderung in diesem letzteren die hauptsächlichste pathogene Bedingung des krankhaften Prozesses in der Haut und seiner Verbreitungsweise sei. Wenn nun aber eine solche Erklärungsweise für einzelne Dermatosen mit zonenartigen Herden, wie z. B. den Herpes zoster und die umschriebene Sklerodermie, passen dürfte, so ist dies keineswegs der Fall für die Fälle von Dermitis linearis, sei es nun, weil jeder Beweis für eine bestehende nervöse Störung fehlt, oder weil der Hautbezirk, welcher der Sitz der Dermatose ist, weder dem Verteilungsbezirke des Hautnerven entspricht, noch einer oder mehreren übereinander liegenden Rückenmarkswurzeln, noch einem längeren Rückenmarksabschnitte. Meist nimmt im Gegenteil die Dermatose eine weit gröfsere Ausdehnung an und erstreckt sich über die Verbreitungsbezirke mehrerer und selbst entfernter peripherer Nerven.

Die Hypothese von Philippson erscheint in dieser Beziehung weit annehmbarer. Er hat nämlich die Ansicht ausgesprochen (1890), dafs diese strichförmigen Dermatosen in ihrer Ausbreitung dem Verlaufe der Grenzlinien entsprechen, welche Voigt bereits im Jahre 1856 als die Umfassungslinien der Endverzweigungen peripherer Nerven beschrieben hat. Diesen Linien entspricht denn auch wirklich sehr genau der strichförmige Verlauf einiger auf der unteren Extremität lokalisierter Fälle. Nach der Ansicht von Voigt, Philippson und Blaschko haben diese Grenzlinien eine vornehmlich embryologische Bedeutung. Die Richtung beim Wachstum der Haut folgt dem Verlaufe der Nervenfasern (Voigt), so dafs den einzelnen peripheren Innervationsbezirken Hautflächen entsprechen, in denen die Haut bei ihrem Wachstum einer bestimmten Richtung gefolgt ist. Die Voigtschen Linien sind weiter nichts als die Abgrenzung von zwei Hautsegmenten, welche im embryonalen Leben eine verschiedene Wachstumsrichtung gezeigt haben (Philippson), und die, ursprünglich voneinander entfernt, später nebeneinander weitergewachsen sind. Diesen Linien entlang kommt es in den ersten Perioden des embryonalen Lebens zu bedeutenden Verschiebungen von Hautabschnitten in ihren wechselseitigen Beziehungen, woraus eine naturgemäfse Veranlagung ebenso vieler Zonen zu pathologischen Veränderungen und besonders zu Entwicklungsanomalien resultiert.

Diese Erklärung ist zunächst für die Naevi gegeben worden, sie hat aber auch ihre Gültigkeit für die entzündlichen strichförmigen Dermatosen, die hier in Betracht kommen. Dies ist nämlich wohl auch die Ansicht Blaschkos, indem er irgendwo sagt: „. . . Da, wo im embryonalen Leben so wichtige Änderungen in der Wachstumsrichtung zustande gekommen sind, kommt es später zu einem Zustande verminderter Widerstandsfähigkeit, infolge welcher Naevi und andere Dermatosen entstehen.“ Ganz

in derselben Weise hatte sich Brocq im Jahre 1898 ausgesprochen, indem er für gewisse Individuen das Vorhandensein kongenitaler Hautveränderungen annahm, wodurch gewisse zonenförmige Hautbezirke in einen Zustand konstanter oder vorübergehender vermehrter Empfänglichkeit geraten; auf einem solchen Boden entwickeln sich dann mit Vorliebe gewisse Dermatosen, worunter die strichförmigen.

Nach dieser Auffassungsweise der Voigtschen Linien müssen dieselben auch bereits als ein Ausdruck des ursprünglichen segmentalen Aufbaues des Körpers aufgefafst werden. Dies hatte Pecirka schon im Jahre 1892 herausgefunden;[30] er war nämlich der erste, welcher eine metamere Verteilung der strichförmigen Naevi annahm. Blaschko hat dann dieselbe Ansicht im Jahre 1895 klarer ausgedrückt und die einzelnen metameren Hautbezirke mit den bereits angenommenen Wachstumsterritorien identifiziert.[31]

Noch weiter entwickelt wurde sodann diese Hypothese in der Arbeit von Bolk. Seine Schlufsfolgerungen beziehen sich besonders auf die hier in Betracht kommenden und ausschliefslich an den Extremitäten lokalisierten strichförmigen Dermatosen. Die morphologischen Untersuchungen dieses Forschers haben nämlich gezeigt, dafs an den Extremitäten die einzelnen Hautsegmente oder Dermatome so angeordnet sind, dafs alle gegen eine gemeinsame Mittellinie zustreben, welche längs der Achse des Gliedes verläuft und axiale Linie oder Differenzierungsgrenze heifst. Es kommt nun nach Bolk vor, wenn sich die Glieder während der ersten embryonalen Wochen zu bilden beginnen und als seitliche senkrecht zur Körperachse gestellte Auswüchse auszuschiefsen beginnen, dafs die ihnen entsprechenden Dermatome eine Verschiebung, eine Drehung im rechten Winkel erfahren, so zwar, dafs sie, anstatt senkrecht zur Körperachse, senkrecht zur Achse des Gliedes zu liegen kommen. Die Dermatome verteilen sich somit in senkrechetr Anordnung auf einer Achse, welche die in der ursprünglichen Lage nach vorn gelegenen von den hinteren trennt.

Ist es nun richtig, wie dies bereits Sherrington annimmt, dafs die axialen Linien Bolks in ihrer Topographie mit den Voigtschen übereinstimmen, so darf man mit um so mehr Recht behaupten, dafs diese letzteren metamere Segmentierungslinien sind, und dafs die strichförmigen Dermatosen der Extremitäten wirklich eine metamere Anordnung zeigen.

Es ist zweifellos, dafs die Bolkschen Linien die hauptsächlichsten Orientierungslinien der hier studierten strichförmigen Dermatosen darstellen. Was die Abweichungen von diesem Grundrisse anbelangt, die man von

---

[30] Angeführt von Blaschko, loc. cit.

[31] Alexander, Ein Fall von Naevus linearis unius lateris. *Derm. Zeitschr.* 1895. S. 343, und Blaschko, Bemerkungen zu vorstehendem Aufsatz. Ibid. S. 361.

einem Falle zum anderen oder selbst bei einem und demselben Falle beobachten kann, so hängen dieselben von individuellen Umständen ab, die unzweifelhaft auch im ontogenen Entwicklungsbezirke vorkommen. Zieht man aber die neueren, oben angeführten Mitteilungen über die Frage der Metamerie der Glieder in Betracht, so lassen sich diese Tatsachen auch anderswo und besser erklären, als unter Zuhilfenahme der einfachen Theorie der VOIGTschen Linien. Wenn sich nun eine krankhafte Beanlagung längs der Differenzierungsgrenze leichter und deutlicher ausbilden kann, so erscheint es als selbstverständlich, dafs dieselbe Beanlagung aus denselben Gründen auch längs den Berührungslinien der einzelnen Dermatome angetroffen werden mufs, die in die axiale Linie des Gliedes übergehen.

Diese embryologische Auffassungsweise der Frage hat sowohl für die unter dem Titel Naevi zusammengefafsten Bildungsanomalien, als für diejenigen Dermatosen ihre Anwendung gefunden, welche in einem entzündlichen Prozesse bestehen. Bei den ersteren kann allerdings angenommen werden, dafs es zu einer Entwicklungsanomalie da gekommen ist, wo mehrere Dermatome eine Zerrung und Verschiebung erfahren haben (in der ersten Zeit des embryonalen Lebens), und es ist keineswegs nötig, eine Störung im zentralen Nervensystem als erste Triebfeder zu ihrer Erklärung zu Hilfe zu ziehen. Was dagegen die entzündlichen Dermatosen anbelangt, so kann man die funktionelle Beziehung der Dermatome zu den Neurotomen nicht leugnen, besonders wenn man die Sensibilitätsstörungen (Jucken), die bei ihnen vorkommen, und den nächst verwandten Typus (Neurodermiten) in Betracht zieht, denen sie in morphologischer Beziehung an die Seite gestellt werden müssen. Aufser der obengenannten anatomo-embryologischen Beanlagung kommt dann allerdings noch das Vorhandensein von Innervationsstörungen in Betracht, welche einen dermitischen Prozefs in den prädisponierten strichförmigen Hautbezirken zur Folge haben.

Diese Seite der Frage darf um so weniger übersehen werden, als sie durch die neuere Entdeckung von LANGELAAN eine grofse Bedeutung erlangt haben dürfte. Ich glaube, dafs wir in derselben neue Anhaltspunkte zur Erklärung unserer pruriginösen strichförmigen Dermatosen werden schöpfen können. LANGELAAN hat nämlich mit Sicherheit darlegen können, dafs auch in der Haut gesunder Leute strichförmige Bezirke vorkommen, welche im Vergleich zu der umgebenden Haut hyperalgetisch sind. Dieser Befund ist von COENEN[52] kontrolliert und bestätigt worden. Es darf wohl angenommen werden, dafs diese auch unter normalen

[52] LOUIS COENEN, Over de periphere uitbreiding van de achterwortels van het ruggemerg. Dissertation, Amsterdam 1901.

Verhältnissen vorkommenden hyperalgetischen Linien eine prädisponierende Bedingung zur Entstehung begrenzter pruriginöser Dermatosen darstellen. Wenn dabei auch leichte Unterschiede von einem Individuum zum anderen beobachtet werden, so zeigen sie doch vornehmlich eine zur Längsachse des Gliedes parallele Richtung und haben hierin eine grofse Analogie zu dem Verbreitungsbezirke der strichförmigen Dermatosen selbst.

Weiteren anatomischen und physiologischen Forschungen bleibt es nun vorbehalten, festzustellen, ob überhaupt und inwieweit die hyperalgetischen Linien von LANGELAAN mit den Dermatomen von BOLK übereinstimmen, welche letztere die Randpartie zu bilden scheinen, wo die Übereinanderlagerung zweier benachbarter Dermatome stattfindet. Vorläufig mufs folgendes nicht vergessen werden: Wenn auch gewisse pathologische Tatsachen, wie z. B. diejenigen, welche sich auf die strichförmigen Neurodermiten der Gliedmafsen beziehen, sehr wohl mit der metameren Theorie in Einklang zu bringen sind, so ermangeln sie dennoch in mancher Beziehung der Aufklärung von anderer Seite. Diese dürfte offenbar im topographischen Studium der Hautsensibilität gesucht werden (wie dies LANGELAAN vorgeschlagen hat), wobei man die Beziehungen zwischen den hyperalgetischen Linien und den Hautbezirken der metameren Segmentation selbst aufser Betracht lassen kann.

Parma, im Oktober 1903.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Weitere Beiträge über die Wirkungsweise des Hexamethylentetramin (Urotropin).

Von

Dr. med. KÖHLER,
Arzt für Harn- und Hautkrankheiten in Leipzig.

Durch die klassischen Arbeiten NICOLAIERS wissen wir, dafs das von ihm vor etwa zehn Jahren in den Arzneischatz eingeführte Hexamethylentetramin (Urotropin) ein unübertroffenes Mittel ist:

1. bei Phosphaturie,
2. bei vermehrter Harnsäureausscheidung (Gicht, Harngriefs, Blasenstein),
3. bei bakterieller Erkrankung der Harnwege.

Alle Bakterien, aufser Tuberkelbazillen und Streptokokken, werden in ihrem Wachstum gehemmt. Acid. boricum, benzoicum, salicylicum, Salol, Kreosot usw., entfalten nicht annähernd gleiche Wirkung.

Die meisten Autoren: Hiss,[1] Suter,[2] Wannier,[3] sind gleich Nicolaier der Ansicht, dafs die Wirkung des Urotropins auf einer Abspaltung des Formaldehyds beruht. Es fehlt aber auch nicht an Forschern, so z. B. Grosglick,[4] welche diese Wirkungsweise leugnen.

In der Tat gelingt es scheinbar nicht immer, in dem Harn, insbesondere in schleimigem, alkalisch reagierenden, freien Formaldehyd nachzuweisen. Ich möchte daher in folgender Arbeit die stete Anwesenheit von Formaldehyd nach Urotropingebrauch sowohl im Harn wie auch im Blut konstatieren.

Die Jorissensche Reaktion auf Formaldehyd (Phloroglucin und Natronlauge) tritt in frisch gelassenem Urotropinharn in allen Fällen ein, sie versagt aber meistens bei Harn, der mehrere Stunden gestanden hat.

Der Nachweis von Formaldehyd in mehrere Tage altem Urotropinharn gelang mir, indem ich denselben in Vakuum bei 70 cm Vakuummeter destillierte und das Destillat mit Phloroglucin und NaOH prüfte. Durch Kontrollversuche konnte ich feststellen, dafs der Formaldehyd sich nicht erst während der Destillation im Vakuum aus Urotropin abgespalten hatte. Es wurde etwas Urotropin in Harn gelöst und die Flüssigkeit der gleichen Behandlung im Vakuum unterzogen. Das Destillat enthielt keinen Formaldehyd. Die Destillation von Harn im Vakuum macht insofern Schwierigkeiten, als starkes Schäumen und Stofsen im Kolben auftritt; man vermeidet dies durch Verdünnen des Harns und Einbringen von Bimssteinstücken in den Kolben. Wenige Kubikzentimeter Destillat genügen um im Destillat Formaldehyd nachzuweisen.

Bei alkalischem Harn, mit stark schleimigem Bodensatz gelang mir der Nachweis von Formaldehyd, im Filtrat nicht; dagegen konnte ich im abfiltrierten Bodensatz Formaldehyd nachweisen. Das Sediment wurde mit Wasser angerührt und unter gleichen Kautelen, wie oben beschrieben, im Vakuum der Destillation unterzogen. Jetzt fiel die Jorissensche Probe positiv aus. Diese Beobachtung scheint mir aufserordentlich wichtig zu sein.

Wir wissen, dafs bei stark schleimigem oder blutigem Harn das Urotropin zuweilen nicht prompt zu wirken scheint. Es beruht dies wahrscheinlich darauf, dafs der sich abspaltende Formaldehyd an das reichlich vorhandene Mucin sich anlagert und somit zum grofsen Teil unwirksam wird. Ich habe in solchen Fällen, da das Urotropin sehr schnell diffundiert, gleich nach den zweimal täglich vorgenommenen Blasenspülungen relativ grofse Dosen Urotropin, 1,5—2 g gereicht, oder wo die Spülung und damit das Herausschaffen des Mucins nicht angängig war, recht häufig kleine Dosen Urotropin, 0,25 g, ein- bis zweistündlich nehmen

[1] Hiss, *Therapie der Gegenwart.* 1901.

[2] Suter, *Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1901.

[3] Wannier, *Centralbl. f. d. Krankheit. d. Harn- u. Sexualorgane.* Juli 1901.

[4] Grosglick, *Medycyna.* Warschau 1899. Nr. 42 u. 43.

lassen. Hierdurch glaube ich in der Blase eine fortwährende Neubildung von freiem Formaldehyd zu erreichen, welcher nach und nach seine bakterieide Wirkung entfaltet.

Nachweis von Formaldehyd in den verschiedenen Organen, insbesondere im Blut.

Einem 6 kg schweren Hunde wurden im Laufe eines Tages 1,25 g Urotropin verabreicht und das Tier eine Stunde nach der letzten Gabe getötet. Der Magen, der Darm, die Blase und das Blut wurden gesondert untersucht. Die Nieren zeigten trotz der relativ grofsen Dosis keine Zeichen der Entzündung. Im Magen und im Darm konnte Urotropin nachgewiesen werden, Formaldehyd fehlte. Dagegen war im Blaseninhalt und im Blut Formaldehyd vorhanden.

Nachdem es gelungen war, im Vakuumdestillat des Harns Formaldehyd zu konstatieren, lag es nahe, dieselbe Methode bei der Untersuchung des Blutes anzuwenden; doch zeigte sie sich nicht ausführbar, da wegen des Stofsens und Schäumens im Kolben es nicht gelang, ein brauchbares Destillat zu erhalten. Es wurde deshalb das Blut mit reinem Alkohol ausgeschüttelt, filtriert, das Filtrat mit Wasser versetzt, abermals filtriert und die so erhaltene klare Flüssigkeit mit Phloroglucin und Natronlauge geprüft. Die Prüfung bestätigte die Anwesenheit von Formaldehyd. Ist die alkoholische Flüssigkeit nicht farblos und klar zu erhalten, so mufs sie im Vakuum destilliert, und das Destillat der Jorissenschen Probe unterzogen werden.

Bevor ich diese Methode, den Formaldehyd im Blut nachzuweisen, als richtig anerkannte, machte ich folgende Vorversuche. Zunächst überzeugte ich mich, dafs der zur Verwendung kommende Alkohol, in entsprechender Verdünnung, mit Phloroglucin und NaOH keine Färbung gab, ferner behandelte ich zuerst normales Blut und später Blut, dem Spuren Formaldehyd hinzugefügt waren, in obiger Weise. Bei ersterem erhielt ich keine, bei letzterem sehr deutliche Färbung. Bei der Blutuntersuchung ergab sich der interessante Befund, dafs im Blutserum Formaldehyd nicht nachweisbar war, wohl aber im Blutkuchen. Noch nach Wochen konnte durch Ausschütteln des Blutkuchens mit Alkohol Formaldehyd nachgewiesen werden. — Aus diesen Untersuchungen geht hervor, dafs der Formaldehyd sich nicht erst in der Blase, sondern schon im Blut abspaltet, was bei der stark antiseptischen Wirksamkeit dieses Körpers von grofser Wichtigkeit ist.

Nach Mosso und Paoletti soll schon durch einen Gehalt des Harns von 0,02‰ Formaldehyd der Eintritt der ammoniakalischen Gärung verzögert, bei 0,1‰ ganz verhindert werden. Die energische Einwirkung des Urotropinharnes auf die verschiedenen Bakterien-

arten ist in einer Reihe vorzüglicher Arbeiten klar gestellt worden, und ist heute das Urotropin ein unentbehrliches Mittel bei allen bakteriellen Erkrankungen der Harnwege.

Mit der Harnsäure bildet der Formaldehyd leicht lösliche chemische Verbindungen, z. B. die Diformaldehydharnsäure, die schon 1 : 300 löslich ist, während die Harnsäure sich erst im Verhältnis 1 : 38000 löst. Kein Wunder, dafs Urotropin und dessen Derivate, wie Helmitol, Citarin usw., in letzter Zeit als Mittel gegen Gicht, Harngrieſs, Blasensteine usw. empfohlen werden.

Was schliefslich die Unschädlichkeit des Urotropins anbelangt, so wird von den meisten Autoren immer betont, dafs das Mittel völlig unschädlich sei und daher bis zu 6 g, ja nach Neisser bis zu 8 g völlig reizlos vertragen wird; die Ungiftigkeit räume ich ein, nicht aber die Reizlosigkeit. In einer Reihe von Fällen, insbesondere bei Behandlung neurasthenischer Patienten, welche an Phosphaturie litten, und bei denen Urotropin sicher und schnell wirkte, traten wiederholt schon bei kleinen Dosen, dreimal täglich 0,5 g, heftige Reizungen in der Harnröhre auf, ebenso bei Patienten mit subakuter Gonorrhoe, die mit Epididymitis oder Prostatitis in Behandlung traten, mufste ich zuweilen von der Behandlung mit Urotropin absehen, weil schon bei den ersten Dosen schmerzhafter Urindrang auftrat.

In diesem Falle bediente ich mich mit grofsem Erfolg der Kavaformtabletten, einer Kombination von Hexamethylentetramin mit dem Kavaharz, dessen schmerzstillende Wirkung wir durch die Arbeiten Lewins kennen. In allen Fällen, in denen bei Urotropingebrauch Reizungserscheinungen auftreten, lasse ich jetzt die Kavaformtabletten nehmen, insbesondere bei allen gonorrhoischen Erkrankungen, weil hier, aufser der baktericiden Wirkung des Formaldehyds noch die schmerzstillende, Sekret beschränkende und die Diurese leicht anregende Wirkung des Kavaharzes zur Geltung kommt.

Während Urotropinharn sich nur bei höherer Temperatur (Brutschrank) klar hält, bei Zimmertemperatur dagegen schon nach wenigen Tagen trübe wird und der ammoniakalischen Gährung verfällt, eine Beobachtung, die Nicolaier schon in seiner ersten Arbeit hervorgehoben hat, hält sich Urin nach Kavaformgebrauch wochenlang klar, ein Beweis, dafs dem Kavaharz eine besondere antiseptische Wirkung innewohnt. Ich halte diese Kombination, abgesehen von der bereits oben erwähnten Anwendung bei Phosphaturie und Blasenerkrankungen, bei der schwierigen Behandlung der chronischen Gonorrhoe, insbesondere der Gonorrhoea posterior, zurzeit für das beste interne Heilmittel.

Über den Chemismus der Elastinfärbung und des Elastins sowie das spezifische Prinzip der Elastinfarbstoffe.

Von

Dr. med. A. Pappenheim.

(Fortsetzung und Schluſs.)

Wir haben oben erwähnt, daſs L. Michaelis bei seinen Studien über den Weigertschen Farbstoff zur Herstellung analoger Elasticafärber in jenem entweder das Oxydationsmittel oder den Phenol oder den basischen Farbstoff durch entsprechende andere Oxydationsmittel, Phenole, oder Farbbasen resp. ungefärbte aromatische Amine ersetzt hat.

Wir haben den Schluſs daraus abgeleitet, daſs der entstehende Elastinfarbstoff ein Teerfarbstoff mit sowohl basischen wie sauren Gruppen sein muſs, und haben gewisse Gemeinschaftlichkeiten zwischen dem Weigertschen und Unnaschen Farbstoff festgestellt. Zum weiteren Beweis hierfür haben wir nun Elastinfarbstoffe hergestellt, bei denen gleichzeitig die Basen und die Phenole durch entsprechende andere Stoffe vertauscht, also auf einmal mehrere Komponenten ersetzt worden waren.

Unter Verwendung eines nicht gefärbten aromatischen Amins als zugrunde liegender Base, erhielten wir schwache Elastinfärbemittel durch Behandlung von

Anilin + Phenol + Eisenchlorid (Nigrolin)[12]
Anilin + Phenol + H_2O_2 (Nigrolein)
Phenylendiamin + Resorcin + Eisenchlorid
Phenylendiamin + Resorcin + H_2O_2.

Es entstanden grünlichgraue nigrosin- resp. indulinähnliche Farbstoffe, die ich Nigroline resp. Nigroleine nennen möchte.

Sehr gute Elastinfärbung in saurer Lösung gaben folgende in nachstehender Weise hergestellte Farbstoffe:

α-Naphtylamin, α-Naphtol, Eisenchlorid (braunrot)
α-Naphtylamin, β-Naphtol, Eisenchlorid (schwarzbraun)
β-Naphtylamin, β-Naphtol, Eisenchlorid (grünlichschwarz)
β-Naphtylamin, α-Naphtol, Eisenchlorid (kein Farbstoff).

Ich hatte zufällig und rein empirisch gefunden, daſs sich eine simultane Kombination und Mischung des Weigertschen und

[12] Nitranilin, Salicylsäure, Eisenchlorid gibt negatives Resultat.

Unnaschen Farbstoffes sehr gut verträgt, also dafs sogenanntes salzsaures Orcein + Resorcinfuchselinchlorid vortreffliche und sehr schnelle Elastinfärbung liefert.[13] (Diese Kombination unterscheidet sich von der soeben oben angeführten, dafs hier nicht Orcein als alleiniger Säurezusatz zu Weigert figuriert, sondern dafs zu beiden Farbstoffen noch extra HCl zugegeben ist.)

Wir haben schon oben bei Vergleich der Entstehungsgeschichte beider Farbstoffe ausgeführt, dafs hier wie dort eine N-haltige Base unter Zufügung von Resorcin oder Orcin, dort mittels Eisenchlorid, hier mittels H_2O_2 oxydiert worden ist.

Wir werden nunmehr zuerst im folgenden nur die Versuche anführen, bei denen eines dieser beiden Phenole resp. Oxydationsmittel zur Verwendung gelangt ist.

Hier habe ich in erster Linie die Herstellung von Orcein variiert und ich werde jetzt über die Ergebnisse jener Versuche zu berichten haben, welche sich in dieser Richtung bewegen. Ausgehend von der normalen Entstehung des Elastin färbenden Orcein aus:

NH_3, Orcin, H_2O_2,

habe ich negatives Resultat erhalten aus: NH_3, Orcin, Kal. bichromat.,

positive Orceinfarbstoffe aber aus: NH_3, Orcin, Kal. permang.

und einen besonders schönen leuchtend roten Farbstoff aus NH_3, Orcin, Eisenchlorid (Orcilin).

Dieser letztere rote Farbstoff liefert schöne Elastin-, neben äufserst präziser Kollagenfärbung.

Weiter habe ich entsprechende Resorcinfarbstoffe nach meinen Angaben von Herrn Dr. Hollborn hergestellt, erhalten. Das dem Orcein entsprechende Resorcein aus NH_3, Resorcin, H_2O_2, liefert in saurer Lösung in praktischer Hinsicht wenig verwertbare, immerhin aber deutlich positive, wenn auch schwache Elastinfärbung neben Kollagentinktion.

Das Resorcilin aus NH_3, Resorcin, Eisenchlorid, gibt negatives Resultat.

Beide hier genannten Farbstoffe sind in der Nuance äufserst empfindliche Indikatoren für Alkalien und Säuren; werden mit Säuren rot, mit Alkalien blau, und verhalten sich in jeder Hinsicht ganz wie das zu den Resorcinfarbstoffen gehörige Lakmoid und Resorcinblau.

Wir haben also den Schlufs hieraus zu ziehen, dafs auch wohl das Orcein in die Gruppe der Resorcinblaufarbstoffe,[14] also der Oxazine

---

[13] Auch nacheinander kann man mit Unnas und mit Weigerts Farbstoff das Gewebselastin behandeln. Im Effekt prävaliert die Farbenuance des zuerst verwerteten Elastinfärbemittels (Unna bräunlich, Weigert schwärzlich).

[14] Es sei erinnert, dafs durch einfache Oxydation des Resorcins Rosolsäure erhalten wird; auch die Phthaleine, Gallocyanine und Galleine sind verwandte Resorcinfarbkörper.

gehört oder doch dieser äufserst nahe steht, nur dafs es durch das Plus einer Methylgruppe hinsichtlich der Oxydation weniger angreifbar und stabiler erscheint.[15]

Wir haben ferner dadurch vielleicht eine Erklärung dafür, dafs Orcein + Rosolsäure, Orcein + Fluorescein, Orcein + Muscarin deutlich positive Resultate ergeben haben durch gegenseitige Unterstützung, während die bromierten Eosine und Fluorescenzblau am Orcein zu stark additiv haften. Ferner, dafs Muscarin in saurer Lösung, ebenso wie Muscarin + Orcein hinsichtlich Elastinfärbung positives Resultat aufwies von der Art etwa wie Resorcein. Daher war es auch leicht verständlich, dafs Orcein + Resorcein (Resorcinblau) deutlich positives Ergebnis hinsichtlich Elastinfärbung zeigte.

Ersetzen wir jetzt in gleicher Weise beim WEIGERT-Farbstoff Fuchsin-Resorcin-Eisenchlorid (Resorcinfuchsin, Fuchselin) das Resorcin durch verwandte Phenole und das Eisenchlorid durch H_2O_2.

Hier kann ich zuerst MICHAELIS bestätigen, dafs ausgezeichnete Elastinfärbung erzielt wird mittels Karbolfuchsin-Eisenchlorid, sowie durch Fuchsin-Orcin-Eisenchlorid (Orcifuchselin); Fuchsin-Resorcin-H_2O_2 (Fuchsein, Fuchsilein, Resorcifuchsilein), Fuchsin-Orcin-H_2O_2 (Orcifuchsilein, Fuchsorcein) geben weniger gute Resultate.

Wir haben hier also WEIGERTsche Farbstoffe mit Orcin und H_2O_2 gebildet wie die UNNAschen, resp. UNNAsche Farbstoffe, deren Grundlage Fuchsin ist. Es sind dieses daher also Zwischenprodukte zwischen WEIGERTschen und UNNAschen Elastinfärbemitteln, Kombinationskörper mit den Vorzügen beider. Die brauchbarsten Kombinationskörper schienen mir aber das Orcilin sowie das Orcifuchselin zu sein, die sich beide ganz gut mischen lassen. Weitere Elastin färbende Kombinationsprodukte habe ich erhalten, wenn gleichzeitig beide Basen entweder à la WEIGERT oxydiert oder Orcin à la UNNA unter Beifügung beider Basen oxydiert wurde, also NH_3 + Fuchsin, Resorcin, Eisenchlorid und NH_3 + Fuchsin, Orcin, H_2O_2.

Weiter seien die Versuche registriert, bei denen im Orceinverfahren die Karbolsäure, resp. die saure Phenolbeize durch analoge saure Phenol- und Resorcinfarbstoffe ersetzt wurde.

Hier erhielt ich mit

NH_3-Rosolsäure-H_2O_2
NH_3-Rosolsäure-Eisenchlorid
NH_3-Fluorescein-H_2O_2
NH_3-Fluorescein-Eisenchlorid

[15] Zu erproben wäre noch Äthylresorcin, Phenylresorcin usw.

kein Resultat. Auch Versuche mit Anilin-Rosolsäure-Eisenchlorid, Anilin-Eosin-Eisenchlorid, Anilin-Gallocyanin-Eisenchlorid, Anilin-Gallein-Eisenchlorid verliefen erfolglos. Während also bei WEIGERT die Oxydation eines basischen Farbstoffs in saurer Lösung bezw. eines sauren Farblacks ein Elastinochrom abgibt, ist dieses bei der Oxydation eines sauren Farbstoffes bezw. basischen Farblacks aus Farbsäure und basischer Beize nicht der Fall.

Auch die Produkte die entstehen aus

NH_3-Karminsäure-H_2O_2,

sowie NH_3-Karminsäure-Permanganat

NH_3-Karminsäure-Eisenchlorid

gaben kein irgend verwertbares Resultat.

Auch mit den mir verfügbaren Körpern

NH_3-Hämatoxylin-H_2O_2

NH_3-Hämatein-Eisenchlorid

habe ich nichts Wesentliches anfangen können.

Dagegen gab

NH_3-Karmin-H_2O_2 (Cochenille ammoniacale)

und NH_3-Karmin-Eisenchlorid (Eisenlack desselben)

in saurer Lösung resp. in einem Überschufs der Beize gelöst, zwar keine Elastinfärbung, aber prachtvoll blaue Kerntinktion neben roter Cytoplasmafärbung und Kollagentinktion; also ähnliches Resultat wie Hämatoxylin + Kongorot, und abweichend von dem gewöhnlichen Ammoniakkarmin.

Auch Ammoniumhämatoxylinat in H_2O_2 oxydiert gab kein Resultat, mit Eisenchlorid behandelt eine Eisenlackhämatoxylinfärbung von besonderer Schärfe. NH_4, Hämatoxylin, Eisenchlorid noch höher in H_2O_2 oder Permanganat oxydiert gab noch präzisere und dunklere Beizenfärbung, in saurer Lösung schien auch das Elastin hervorzutreten, ebenso wie bei BENDA-Färbung. Ersetzte man jetzt das NH_4 durch Amidobenzole, Anilin, Phenylendiamin (Diamidobenzol), Amidoazobenzol (Buttergelb), so erhielten wir zwar aus Anilin-Phenol-H_2O_2

Naphtylendiamin-Orcin-Eisenchlorid

die schon oben erwähnten mehr oder minder stark Elastin färbenden, indulinähnlichen, aber analog dem Resorcinblau resp. Muscarin gebauten Azin- resp. Oxazinfarbstoffe:

Mit Anilin, Hämatoxylin, H_2O_2 und Anilin, Karmin, H_2O_2 habe ich indes keine Resultate erhalten.

In weiterer Folge habe ich im WEIGERTschen Fuchsinfarbstoff das Resorcin durch noch andere Körper ersetzt als MICHAELIS.

So erhielt ich starke Elastinfärbung neben diffuser Blaufärbung des

Grundgewebes mittels des Produkts aus Fuchsin-Tannin[16]-Eisenchlorid; dunkelblaue, aber nicht sehr kräftige Elastinfärbung, daneben Tinktion der Mastzellkörnung mittels Fuchsin-Salicylsäure-Eisenchlorid; positiven Erfolg gab auch Fuchsin-Antipyrin-Eisenchlorid und Fuchsin-Furfurol-Eisenchlorid. Das Gemeinsame dieser Körper ist bloſs, daſs Tannin sowohl wie Salicylsäure und Antipyrin mit Eisenchlorid gefärbte Verbindungen geben. Da allerdings Fuchsin allein schon mit Eisenchlorid Elastinfärbung liefert, so ist es fraglich, ob und inwieweit hier die angewandten sauren Produkte am Resultat mit beteiligt sind. Erwähnt sei nur, daſs zwar Fuchsin + Tannin, nicht aber + Salicylsäure einen Lack liefert. Hier ist der Fuchsin-Tanninlack durch Eisenchlorid teils oxydiert, teils zu gröſseren Molekülen komplettiert, ähnlich wie ein Lack aus Hämatoxylin-Eisenchlorid-Tannin (Phosphorwolframsäure) oder Hämatoxylin-Tannin (Phosphormolybdänsäure)-Eisenchlorid und Jodhämatoxylin-Eisenchlorid.

Daſs ich das Fuchsin durch besonders hoch konstituierte, sehr echte, dunkle Farbbasen ersetzt habe, so durch Spritinduline, ferner Indazinblau, Indoinblau, und zwar mit positivem Erfolg, ist eingangs schon erwähnt.

Ferner habe ich gleichzeitig zwei Farbbasen à la WEIGERT behandeln lassen und ausgezeichnete Resultate erzielt mit Fuchsin + Safranin-Resorcin-Eisenchlorid.

Entsprechend hat der WEIGERT-Farbstoff, zweifach oxydiert, nach WEIGERT mit Eisenchlorid und nach UNNA mit H_2O_2: Fuchsin-Resorcin-Eisenchlorid-H_2O_2 — ebenfalls präzise kräftige Elastinfärbung ergeben.

Bei der Substitution des Fuchsin durch andere Farbstoffe habe ich dem angeführten nur hinzuzufügen, daſs ich auch hier gleichzeitig mehrere Substitutionen ausführte, sowohl die Farbbase wie das Resorcin, die saure Beize, durch andere entsprechende Körper ersetzte.

Hier habe ich zu berichten, daſs ich sehr gute, kräftige, positive Elastinfärbung hervorrufen konnte durch Gentiana-Jod-Eisenchlorid in saurer Lösung, Karbolgentiana-Jod-Eisenchlorid, Anilingentiana-Jod-Eisenchlorid. Da schon Gentianaviolett ebenso wie Fuchsin ohne saure Beize mit Eisenchlorid behandelt Elastinfärbung gibt, so ist es fraglich, ob das Jod hierbei aktiv mitwirkt; immerhin ist doch der Pararosanilinjodlack hierbei höher oxydiert (s. Fuchsin-Tanninlack oben), und die Färbung scheint exakter wie die einfache Elastinfärbung nach KOEPPE und BENEKE (GRAM).

[Mit Morphin-Tannin-Eisenchlorid, Jod-Morphin-Eisenchlorid habe ich dagegen keine Resultate erhalten.]

---

[16] Phosphorwolframsäure leider nicht probiert.

Zum Schlusse seien die Versuche aufgezählt, bei denen unter Zugrundelegung des Fuchsins im WEIGERT-Farbstoff das Resorcin durch saure Farbstoffe ersetzt wurde, wo also ein lackähnlicher Neutralfarbstoff höher oxydiert, in saurer Lösung zur Färbung des Elastins in Anwendung gezogen wurde.

Die Oxydation eines neutralen neutrophilen Triacids aus fuchsinsulfosaurem Rosanilin (Fuchsin), also

Fuchsin-Säurefuchsin-H_2O_2
Fuchsin-Säurefuchsin-Eisenchlorid

hatte keinen Erfolg (ebensowenig wie mit Methylgrün + Säurefuchsin und Methylgrün + Orange oder mit Methylenblau + Eosin).

Würde statt dessen ein tanninähnlicher saurer Baumwollsulfofarbstoff verwertet, so konnte man die Elastica zwar wahrnehmen, doch kaum eben angefärbt. Hierher

Fuchsin-Kongorot-H_2O_2
Fuchsin-Kongorot-Eisenchlorid
Fuchsin-Chrysamin-Eisenchlorid

(letzteres besser als erstere).

Wurde dagegen der Baumwollsulfofarbstoff durch das baumwollfärbende Orcein, also einem Phenol- resp. Amidophenolfarbstoff, ersetzt:

Fuchsin-Orcein-H_2O_2
Fuchsin-Orcein-Eisenchlorid,

so entstand prachtvolle braunrote Elastinfärbung.

Eigentlich ist hier auch nur eine Mischung des WEIGERT-Farbstoffs Ferrifuchsin mit dem UNNA-Farbstoff Orcein erzielt worden.

Ebenso wirkte

Fuchsin-Resorcinblau-H_2O_2
Fuchsin-Resorcein-Eisenchlorid.

(Kombinierten wir zwei Amido-Oxyfarbstoffe, ein basisches Oxyamin mit einem sauren Amidophenol:

Methylenviolett-Orcein-Eisenchlorid
Muscarin-Resorcinblau (Resorcein)-H_2O_2,

so entstand ebenfalls positive Elastinfärbung.)

Weiter würden die Kombinationen zu folgen haben, bei denen das Resorcin durch nicht baumwollfärbende Phenolfarbstoffe ersetzt wurde.

Hier ist an erster Stelle die Pikrinsäure (Trinitrophenol) zu erwähnen.

Das pikrinsaure Rosanilin mit Eisenchlorid oder H_2O_2 oxydiert, also Fuchsin-Pikrinsäure-Eisenchlorid, gibt ausgezeichnete stark gefärbte, elektive Elastinfärbung, wie ja überhaupt der Pikrinsäure Affinität zum Elastin schon an und für sich zukommt, ebenso wie wenn man sie zum WEIGERT-Farbstoff oder zu Ferrifuchsin zusetzt.

Schöne positive Resultate gibt auch das entsprechend behandelte

rosolsaure Rosanilin, also Fuchsin-Rosolsäure-Eisenchlorid, desgl. Fuchsin-Fluorescein-Eisenchlorid; auch mit Fuchsin-Eosin-Eisenchlorid und Fuchsin-Fluorescinblau-Eisenchlorid habe ich deutlich erkennbare, allerdings wenig abgehobene Elastinfärbung wahrnehmen können.

Endlich gaben die echten Beizenfarbstoffe, die hochwertigen künstlichen und natürlichen Phenolfarben, mit Fuchsin kombiniert, schöne prachtvolle dunkle Elastinfärbungen. Hierher gehören:

Fuchsin-Alizarin-Eisenchlorid
Fuchsin-Sulfoalizarin-Eisenchlorid
Fuchsin-Purpurin-Eisenchlorid
Fuchsin-Karminsäure-Eisenchlorid
Fuchsin-Karmin-Eisenchlorid
Fuchsin-Hämatoxylin-Eisenchlorid-H_2O_2
Fuchsin-Hämatein-Eisenchlorid.

Zum Schluſs habe ich auch in diesen hoch oxydierten Neutralfarbstoffen die HCl der angesäuerten Flotte durch saure Farbstoffe ersetzt, durch Pikrinsäure, Rosolsäure, Muscarin und Alizarinsulfosäure, ebenfalls mit positivem Erfolg. Nach unserer früher ausgesprochenen Theorie muſs hierbei ein hoch komplizierter in sich neutraler Farbstoff entstehen, dessen Genese man sich etwa folgendermaſsen vorstellen kann.

Zuerst wird ein basischer und ein saurer Farbstoff kombiniert, deren saure und basische Gruppe sich z. T. verankern, daneben aber entweder basische oder saure Gruppen freilassen, je nachdem ein diacides oder dibasisches Salz entsteht. Wird dieses neutrale (nicht basische) Farbsalz nun höher oxydiert, so entsteht ein amphoterer saurer Farbstoff mit z. T. basischen Eigenschaften (vom Typ des Orcein) resp. ein basischer mit saurem Einschlag (Resorcinblau, Muscarin) also $X\begin{matrix}OH\\NH_2\end{matrix}$. An die basische Amidogruppe dieses Farbstoffes greift nun mittels ihrer sauren Haptophore die zugegebene Farbsäure salzbildend an. So habe ich Färbung erhalten mit

Fuchsin-Pikrinsäure-Eisenchlorid + Pikrinsäure
Fuchsin-Pikrinsäure-Eisenchlorid + Rosolsäure
Fuchsin-Pikrinsäure-Eisenchlorid + Alizarinsulfosäure
Fuchsin-Rosolsäure-Eisenchlorid + Pikrinsäure
Fuchsin-Alizarin-Eisenchlorid + Pikrinsäure.

Ich glaube, durch meine Publikation einen interessanten Beitrag zur Aufklärung der chemischen Konstitution der Elastinfarbstoffe, namentlich hinsichtlich der nahen Beziehungen zwischen Unnascher und Weigertscher Elastinfärbung geliefert zu haben, der die ausführliche Beschreibung der Versuchsergebnisse rechtfertigt. Zwischen der Weigertschen

neuen und der UNNAschen Elastinfärbung besteht demnach wohl prinzipielle Gleichheit. Dort Oxydation einer aromatischen Base (Rosanilin) in saurer (HCl, Karbolsäure) Lösung, hier Oxydation eines aromatischen Alkohols (Orcin) in ammoniakalischer Lösung.

Herrn Dr. HOLLBORN sei nochmals für seine ausdauernde Unterstützung an der Herstellung der von mir angegebenen Farbstoffkombinationen herzlichster Dank ausgesprochen.

Hamburg, im März 1904.

Was lehrt uns die Geschichte der Syphilis-Hydriatik?

Von

Dr. J. SADGER, Wien-Graefenberg.

(Fortsetzung und Schluſs.)

Behandlung der Lokalaffektionen, besonders der Geschwüre in Rachen und Nase. Dieselben sollen fleiſsig mit frischem Wasser gereinigt, eventuell mit Sublimatauflösung (1 : 400) bestrichen werden. Bei Geschwüren an den Genitalien und Bubonen sollen die Patienten täglich drei Sitzbäder von 16—18 ° und 15 Minuten Dauer nehmen, die Geschwüre mit feuchter Scharpie bedecken, und die Bubonen mit PRIESSNITZ-Umschlägen, bei deren Erneuerung die Bubonen jedesmal fünf Minuten lang mit kaltem Wasser einzureiben sind, so daſs damit eine gewisse Massage verbunden ist.

Bei Behandlung von Syphilitikern, die schon Jod oder Quecksilber gebraucht haben, ohne gründlich geheilt worden zu sein, ergibt sich sehr häufig die schwierige Frage, ob etwa vorhandene Organ- und Knochenleiden von Syphilis herrühren oder von Jod- und Quecksilberablagerung. Hier ist das Wasser das beste diagnostische Reagens, indem im letzteren Falle sich unter Hydriatik der Zustand bessert, unter Jod- und Quecksilbergebrauch direkt verschlimmert. Jedenfalls ist mit dem Wasser der Anfang zu machen, da es, in vorsichtiger Weise appliziert, dem Kranken sicher nicht schadet. Wer an konstitutioneller Syphilis leidet, wird durch die Wasserkur für sich allein um so sicherer und schneller von seinem Übel befreit werden, je mehr sein Organismus bei Beginn der Wasserkur mit Merkur gesättigt ist. Nur darf man sodann natürlich kein neues Quecksilber zuführen, sondern muſs das im Körper schon deponierte freizumachen trachten. Und man wird sich hüten, dies zu rasch zu tun, es allzuschleunig aus dem Organismus wieder zu entfernen, vielmehr die Expulsion desselben auf möglichst lange Zeit auszudehnen, damit dann

Gift und Gegengift zusammentreffen können. „Gelingt es in den ersten vier bis fünf Wochen Gift und Gegengift aus ihren Fesseln zu befreien, dann habe ich allen Grund, zu hoffen, dafs diese feindliche Begegnung die volle Vernichtung des ersteren zur Folge haben wird. Die Hoffnung auf diesen Ausgang ist in der Hauptsache darin beruhend, dafs der Merkur, indem er veranlafst wird, den Körper zu verlassen, ebensowohl den Kreislauf passieren mufs als bei seinem Einzug in denselben."

Mit diesen theoretischen Erwägungen stimmen die praktischen Erfahrungen überein. Darum verordnet Pingler, wie aus den Beispielen hervorgeht, in solchen Fällen nebst vegetarischer, knapper Diät noch täglich ein Halbbad von 23 ° und neun Minuten, von der vierten Woche ab zwei Halbbäder, in der fünften und sechsten aufserdem noch ein kaltes Regenbad, aber auch schon eine mäfsige Fleischkost. Diese Methode hat sich ihm in zahlreichen Fällen bewährt und liefert bei voller Sättigung des Organismus mit Merkur in kurzer Zeit die besten Resultate. „Ich bin fest überzeugt," sagt unser Autor, „dafs Priessnitz durch ähnliche tagtäglich vorkommende Fälle dieser Art, die oft durch die hydriatische Kur zur Heilung gelangten, zu dem Irrtum verleitet wurde, anzunehmen, dafs das Wasser an und für sich, ohne Intervention des Quecksilbers, die Heilung bewirkt habe. Bei weitem nicht alle Syphilitiker, die schliefslich eine Wasserheilanstalt aufsuchen, sind aber in so vollständiger Weise merkuriralisiert, dafs ihre Heilung auf den ersten Angriff gelingt. Ob die genügende Menge vorhanden ist, das läfst sich weder aus den bezüglichen Rezepten ersehen, noch aus besonderen Symptomen. Hier kommt es dem Wasserarzte sehr zustatten, wenn nur ein syphilitisches Zeichen vorliegt, das als zuverlässiges Barometer dienen kann über das Verhalten der Syphilis bei den Bädern. Unter scharfer Beobachtung des syphilitischen Symptomes gibt man dem Patienten täglich ein Halbbad von 23 ° und neun Minuten solange fort, bis Heilung erfolgt oder das Fortschreiten der Symptome festgestellt ist. Im letzteren Falle greift man zum Merkur, am besten zu Inunktionen. Der Moment des Fortschreitens der Syphilis ist der günstigste zur direkten Begegnung mit seinem Feind. Das Quecksilber ist ein unschätzbares Mittel, das Ur-Spezifikum gegen Lues und verliert alles ihm nachgesagte Ungeheuerliche, wenn es im richtigen Zeitpunkte und unter den nötigen Kautelen zur Anwendung gelangt."

Was die Syphilis-Kachexie betrifft, so vermag die Hydriatik zur Verhütung derselben wesentlich beitzutragen, weil man bei ihr einer weit geringeren Menge von Jod und Quecksilber bedarf, diese beiden Stoffe nach vollendeter Wirkung rasch exmittiert, die blutbereitenden Organe in besserem Stande erhält und komplizierende Dyskrasie verhütet oder günstig beeinflufst. Das Wasser vermag den Merkur zu bestimmen, aus dem

Körper auszuziehen und auf dem Rückmarsche noch, wahrscheinlich in sehr günstigem Momente bezüglich der Indurationen, seine Heilkraft zu entfalten. Es gehört aber Erfahrung, vorsichtiges Experimentieren und stete Aufmerksamkeit dazu, das Richtige bezüglich der Temperatur, Dauer und Form der hydriatischen Eingriffe zu treffen. PINGLER verordnete in einem Falle ein Halbbald von 24 ° (drei Minuten) und nach demselben in den ersten drei Tagen Einreibungen von 0,6 Ung. ciner.; dann folgten drei Tage lang bloſs Bäder, hierauf wieder Einreibungen, nach welchen sich Salivation ankündigte. Nun kamen sechs Tage Bäder ohne Einreibungen, und als jetzt die Heilung langsamere Fortschritte zeigte, drei Einreibungen von 0,4 grauer Salbe, zuletzt nach weiteren Bädertagen 0,2 derselben. In einem zweiten Falle gab PINGLER täglich 1,25 Jodkalium, dann drei Tage lang ein Bad, hierauf wieder drei Tage Jod und setzte das einige Zeit fort. In einem weiteren Falle, wo Quecksilber und Jod schon gegeben worden waren, kam er mit einfachen Halbbädern von 23 °, sieben Minuten, und lokalen PRIESSNITZ-umschlägen aus.

Seine Methode der Syphilis-Hydriatik faſst PINGLER folgendermaſsen zusammen: „Das Wasser kommt in Betracht

1. Als Getränk und zum Gurgeln, und zwar nehmen Patienten, die herumgehen, während der Promenade täglich zwei Liter (Bettlägerige die Hälfte) und sollen an allen Brunnen den Mund ausspülen und gurgeln. Sobald nämlich Jod und Merkur in Anwendung kommen, leidet dadurch die Verdauung in auſserordentlicher Weise. Das Trinken und Gurgeln mit frischem Quellwasser erfrischt und belebt die Magennerven, wehrt der Entwicklung von Gasen und befördert die Darmbewegung und ist das Vehikel zur Abführung massenhafter Mauserstoffe.

2. Die bei weitem wichtigste Badeform ist das Halbbad. Dasselbe findet Anwendung

a) zur Entscheidung der Frage, ob jemand von Syphilis gründlich geheilt ist oder nicht;
b) zur Lockerung und Zerteilung von Indurationen, daher vor und neben der Anwendung von Merkurialien;
c) um den im Körper befindlichen Merkur in Fluktuation zu erhalten;
d) um nach vollendeter Heilung den Körper von allen Fremdstoffen zu befreien.

Bei Patienten, die die Kur bei mir brauchen, wird meist eine nasse Einpackung von 35—40 Minuten dem Bade vorausgeschickt.

3. Das Sitzbad. Dies hat eine legale Stelle

a) bei primären, noch nicht mit Merkur behandelten Affekten;
b) als Ersatz für das Halbbad;
c) in der Nachbehandlungsperiode.

Auch hierbei lasse ich beständig frottieren, wie beim Halbbad.“

4. Umschläge. Auf indurierte oder in Entzündung begriffene Drüsen oder Saugaderstämme werden sogenannte erwärmende Umschläge gelegt. In kaltes Wasser eingetauchte, mäfsig stark ausgepreíste, vier- bis sechsteilige aus dicker Leinwand hergestellte Kompressen werden aufgelegt, mit trockener Leinwand reichlich bedeckt und ungefähr dreistündlich in der Weise erneuert, dafs die affizierten Stellen vor dem Wiederauflegen der Kompressen ein bis drei Minuten lang mit Wasser von ca. 12 ° R. eingerieben werden. Der Penis wird mit solchen Umschlägen umhüllt. Auch die Geschwüre werden mit feuchter Scharpie bedeckt und letztere mit gröfster Sorgfalt in der Weise erneuert, dafs sie vor der Abnahme befeuchtet werden, am besten in einem Lokalbade.

5. Hat man sich von der gründlichen Tilgung der Syphilis überzeugt, dann ergibt sich noch die Aufgabe, die letzten Reste der noch im Körper befindlichen Jod- und Merkurialmittel auszutreiben. Am besten wird der Rekonvaleszent einer gut geleiteten Wasserheilanstalt überwiesen. Geht dies nicht, so empfehlen sich folgende Badeformen bei mäfsiger oder kräftiger Ernährung: Abreibungen und Sitzbäder von 10 ° R., auch das Halbbad von 20—18 ° (ca. 15 Minuten) mit kalten Übergiefsungen. Dieselbe Methode mit weniger Energie (kürzerer Zeitdauer) durchgeführt, zeitigt bald vollkommenes Wohlbefinden und blühendes Aussehen.

„Wird man vor die Frage gestellt, zu entscheiden, ob eine von syphilitischen Formen befreite Person dauernde Heilung gefunden habe, so würde sich zur Prüfung folgende Formel empfehlen: Patient nimmt morgens und abends ein Halbbad von 17 — 24 ° R. oder mindestens ein Sitzbad von 14—18 ° und möglichst langer Dauer bei karger vegetabilischer Diät und ausgiebiger Gymnastik. Der Genufs von täglich zwei bis vier Litern kalten Wassers und die beständige Leibbinde würden die Kur noch wirksamer machen. Eine rasch zunehmende Entkräftung des Patienten müfste den Arzt veranlassen, alle paar Tage die Kur in Absicht auf Zahl und Dauer der Bäder zu moderieren oder in der Diät etwas liberaler zu sein. In fast allen Fällen empfiehlt es sich, die diagnostische Kur mit der therapeutischen zu verbinden oder der letzteren von vornherein eine solche Form zu geben, dafs auf die Frage: „Darf ich nach Beseitigung aller syphilitischen Zeichen nunmehr es wagen, einen Hausstand zu gründen?“, die bestimmte Antwort folgen kann: „Ja!“ Die Antwort auf diese Frage wäre: „Wenn Sie eine sechs bis achtwöchentliche Kur unter meiner Leitung gebraucht haben und noch später eine sogenannte volle Kur, ohne dafs das Grundleiden durch ein Symptom seine Fortdauer noch verrät, dann dürfen Sie sich verehelichen.“

Zum Schlusse resumiert Pingler seine Ausführungen folgendermafsen: „Die Wasserkur ist das gröfste diagnostische Reagens gegen Syphilis, das wir besitzen, und hat überdies den Wert, die eindringlichste Wirkung der

Specifica vorzubereiten, derselben eine gewisse Dauer zu geben, das Arzneigift auszutreiben, wenn nach Erfüllung seiner Aufgabe es nur noch störend im Körper wirken kann. Die Wasserkur läfst sich mit den spezifischen Arzneien in mannigfacher Weise systematisch kombinieren, so dafs man in verhältnismäfsig kurzer Zeit bei gröfster Sparsamkeit mit den gefährlichen Specificis in einer gröfseren Anzahl gründlichere Entfernung der Seuche erreichen kann, fast ohne Schädigung der Gesundheit, wie durch kein anderes Heilverfahren. Man ist sogar imstande, auf diesem Wege ohne weiteres Hinzuführen von Arzneien und sogar in kurzer Frist vollständige Heilung von Syphilis herbeizuführen bei Personen, die, wiewohl mit Arzneien übersättigt, dennoch eklatante Erscheinungen von Syphilis an sich tragen . . . Die Hydrotherapie im innigen Bunde mit dem Merkur vermögen alles zu leisten, jede für sich — nichts!"

Was jenseits des Pinglerschen Buches liegt, ist im Grunde genommen ohne Bedeutung. Es sind vereinzelte Zeitungsartikel, wie z. B. von A. Frey oder S. Munter, die, wo sie nicht bekannte Pfade wandeln, oft recht verzwickte, überflüssig komplizierte Vorschriften enthalten. Das hätte nun freilich wenig zu bedeuten, wenn nur die Erfolge gröfser wären als mit anderen Methoden, und vor allem, wenn sie aus einer reicheren Erfahrung flössen. Doch just mit der letzteren scheint es bei allen Autoren zu hapern, zum mindesten sind nirgends Ziffern genannt und nirgends auch nur die Andeutung gewagt, dafs sie sich auf gröfsere Erprobung stützten. Ich lasse es darum lieber ganz, auf ihre Vorschläge einzugehen, die nichts zur Mehrung unseres Heilschatzes beitragen und auch nicht die Lösung der uns interessierenden Fragen fördern. Nur einen Autor will ich anführen, nicht weil er besseres als die andern bringt, sondern weil er noch einmal den Versuch unternimmt, mit physikalisch-diätetischen Methoden allein, ohne irgend ein spezifisches Mittel jede Syphilis zu wirklicher Heilung zu bringen.

Ja noch mehr, in seiner „Physikalisch-diätetischen Therapie der Syphilis" (Max Richter, Berlin 1900) meint Ziegelroth sogar, die Lues sei nicht nur eine heilbare Krankheit, sondern überhaupt gar nicht einmal so schlimm, „wenn nur zu der ursprünglichen Syphilis nicht soundsoviel Quecksilberkuren hinzukämen, d. h. wenn die syphilitische Krankheit nicht durch intensive chronische Quecksilbervergiftung kompliziert würde. Die Anschauungen, von welchen unser Autor ausgeht, fufsen zum Teil noch auf Kaposis Lehren, zum gröfseren aber auf Hermanns, Lahmanns und eigenen Theorien. „Es gibt Schanker," meint Ziegelroth, „auf welche keine allgemeine Syphilis folgt. Diese Schanker pflegen in der Regel einen besonderen Charakter zu haben, und ihre Besonderheit liegt nicht in ihrer Weichheit, als vielmehr — und darauf lege ich ganz besonderen Wert — in ihrem akuten Verlauf. Der Schanker mit

folgender allgemeiner Syphilis braucht Wochen, bis er in Erscheinung tritt, eitert mäfsig, oft kaum merklich und macht indolente Bubonen. Beim sogenannten weichen Schanker ist das Bild weit stürmischer, das Geschwür ist rasch fertig und macht sehr grofse Beschwerden, die Leistendrüsen schwellen stark an und kommen häufig zur Vereiterung. Wir haben also einen lebhaften, akuten Prozefs vor uns, und wir wissen, dafs jeder solcher einer gründlichen Reinigung des Körpers gleichkommt. Das syphilitische Gift wird dabei völlig zerstört, es folgt keine allgemeine Lues. Unsere Hauptaufgabe mufs also sein, den trägen, harten Primaraffekt zu einer heftigen Reaktion anzuregen."

Dies geschieht am besten durch lokale feuchte Packungen in Form einer T-Binde (dreistündlich erneuert) mit eingelegten kleinen feuchten Kompressen auf den Schanker selbst. Unterstützt werden diese durch die Sitzbäder (30—35° R., 8—15 Minuten, einmal täglich, wenn der Schanker sehr träge ist, und von 14° R., 1—5 Minuten bei guter Reaktion), lokale Lichtbäder, Bettruhe durch drei bis acht Tage und die bekannte Lahmannsche Diät.

Schmerzhafte Bubonen werden mit kalten erregenden Umschlägen bedeckt (alle 20—40 Minuten gewechselt), indolente mit heifsen zur Erzielung einer energischen lokalen Reaktion. Bei Roseola verordnet er ein bis dreimal täglich Leib- und Wadenpackung für zwei bis drei Stunden mit nachfolgender 14° Abwaschung, ferner zweimal die Woche ein heifses Vollbad (32° R. zehn Minuten) mit nachfolgender Schwitzpackung oder einmal die Woche ein Schwitzbad. Gegen Mund- und Rachenerscheinungen empfiehlt er wieder Mundspülungen dreimal täglich mit je einem Wasserglas frischen Quellwassers (jedesmal 20—30 Minuten) und lokale Wechselduschen (warm und kalt) mit einer eigenen Spritze, gegen Kondylome Wechselabspritzung und erregende Umschläge, gegen den Haarausfall endlich eine leichte Wassermassage der Kopfhaut. Bei Syphilitikern, die schon Merkur gebrauchten und dann „nicht nur an der allgemeinen Syphilis, sondern mehr oder weniger noch an den Folgen der Quecksilberkuren leiden", legt er Wert darauf, sie durch vier bis sechs Wochen lang zwei- bis dreimal die Woche schwitzen zu lassen, wobei er abwechselnd das Heifsluftkastenbad, das elektrische Lichtschwitzbad, das heifse Vollbad mit nachfolgender Trockenpackung, das Sonnenbad und das heifse Sandbad verwendet. Nur bei schwachen Patienten wird man anfangs als Vorbereitungskur Halbbäder von 26—22° R. mit kühleren Übergiefsungen geben.

Ich verzichte darauf, die theoretischen Begründungen Ziegelroths, die wirklich sehr merkwürdig und krause sind, hier auszuführen, da mir dies von geringem Belange scheint. Aber leider mufs ich sagen, dafs unser Autor zwar in der Geschichte des Antimerkurialismus gewisse Literaturkenntnis zeigt — wenn auch freilich nicht entfernt wie J. K.

Prockscн —, dafs aber vorläufig seine praktischen Ausführungen kaum auf grofser Erfahrung basieren dürften.

Was lehrt nun die Geschichte der Syphilis-Hydriatik? Da glaube ich, zumal mit Berücksichtigung der erfahrensten Wasserärzte, nachfolgende Thesen aussprechen zu können:

1. Es gibt und gab unzweifelhaft Fälle, wo Lues durch Hydriatik allein in Verbindung mit privativer Diät nach langer Dauer zur Heilung gelangte. Ob dies für sämtliche Fälle möglich, ist zur Stunde noch strittig. Ganz ausnahmslos mufs man dann aber gefafst sein, wie dies ja schon Vincenz Priessnitz bekannt war, die Behandlung jahrelang fortzusetzen.

2. Sehr wesentlich ist ihre Dauer zu kürzen, ja vielleicht wird Heilung zumeist erst möglich durch die Kombination der Wasserkur mit spezifischen Mitteln und schmaler Kost. Vor der einfachen Jod- und Quecksilberbehandlung wie vor der simplen Hydriatik hat diese Kombination eine Reihe bedeutender, schwerwiegendster Vorzüge:

a) Gibt es nicht selten Fälle, wo Syphilitiker Jod und Merkur nicht vertragen oder trotz derselben nicht vorwärtskommen. Hier erhöht das Wasser nicht blofs die Toleranz gegen jene Mittel, sondern macht dieselben überhaupt erst wirksam.

b) Wenn hochgradige Anämien, Dyskrasien, schwere Erkrankungen der Respirationsorgane etc. eine Quecksilberbehandlung kontraindizieren, so erlaubt sie die gleichzeitige Hydriatik, ja noch mehr, sie befreit den Kranken häufig sowohl von der Lues als der Dyskrasie.

c) Aber auch für die gewöhnlichen Fälle von Syphilis, da Jod und und Quecksilber noch toleriert werden, hat die kontemporäre Wasserbehandlung die gröfsten Vorteile, indem sie

α) die überhaupt nötige Menge der spezifischen Mittel aufserordentlich herabsetzt, weil sie deren Wirksamkeit ausnehmend erhöht, auch die Haut für deren Aufnahme empfänglicher macht,

β) den nicht zur Verwendung gelangenden Merkur verhindert, sich im Körper festzusetzen, vielmehr ihn hinauswirft, sobald er seine Schuldigkeit getan. Damit entfällt die Gefahr der chronischen Hydrargyrose, ja selbst der blofsen Salivation und Stomatitis.

γ) Durch die allgemeine Hebung und Belebung des Stoffwechsels dürfen die Patienten kaum herunterkommen, die Syphilis-Kachexie wird sicher vermieden, beziehungsweise eine schon vorher bestandene wieder beseitigt.

δ) Die Wasserbehandlung gestattet, die Kranken auch ambulatorisch zu behandeln und sie selbst im Winter ins Freie zu schicken ohne Gefahr der Erkältung.

ε) Die Dauer der einzelnen Syphilisphasen, der Eintritt der sekundären Symptome wird wesentlich verkürzt, die subjektiv so peinlichen Prodrome (Kopf- und Gliederschmerzen etc.) einfach beseitigt.

ζ) Die Indurationen werden rasch, dauernd und vollständig zerteilt,

η) eine latente, schlafende Syphilis geweckt,

ϑ) die Differentialdiagnose gesichert, ob ein Symptom der Lues zugehört oder dem Merkurialismus,

ι) die Frage entschieden, ob eine Syphilis wirklich und definitiv geheilt ist.

d) Die eigentliche Domäne der Wasserbehandlung ist die chronische schwere Quecksilbervergiftung.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 19. März (1. April) 1904.

Originalbericht von Arteur Jordan - Moskau.

1. Brytschew als Gast zeigte einen Fall von **Lupus erythematodes**, der im Laufe eines Monats nach der Holländerschen Methode behandelt worden ist und, wie der Vergleich mit der vor der Behandlung aufgenommenen Photographie zeigt, eine bedeutende Besserung aufweist.

Pospelow fügt hinzu, dafs die Kranke, trotzdem sie zuletzt 2,0 Chinin pro die einnahm, aufser Ohrensausen keine üblen Wirkungen spürte, und dafs ein entschiedener Erfolg durch die Behandlung erzielt worden ist, der jedenfalls Beachtung verdient.

2. Brytschew demonstrierte ferner ein junges Mädchen mit **Lupus exulcerans nasi et cruris dextri**, welcher mit Radiumstrahlen behandelt wurde. Obgleich die Bestrahlung mit 10 mg nur dreimal im Verlaufe von zuerst 2½, später drei Stunden stattfand, entwickelten sich doch alsbald tiefgreifende Geschwüre, welche heute, nach 55 Tagen, nicht verheilt sind und wobei das Infiltrat des Lupus fortdauert, während auf der Nase, wo der Lupus excochleiert wurde, sich eine Narbe, frei von Infiltraten, gebildet hat.

3. Bogrow führte einen Fall von **Naevus pigmentosus et pilosus** vor, bei dem er auch die Radiumstrahlen angewandt hat und wo es an den bestrahlten Stellen zu Ausfall der Haare und Pigmentschwund gekommen ist.

Pospelow bemerkt, die Wirkung der **Radiumstrahlen** ist viel stärker als die Finsensche Behandlung, und die Narben sind infolgedessen recht stark.

4. Speranski erklärte den neuen **Apparat von Finsen-Reyn** zur Lichtbehandlung, welchen die Moskauer dermatologische Klinik erworben hat.

Bogrow bemerkt dazu, dieser neue Apparat scheint einen grofsen Fortschritt gegenüber dem Apparat von Lortet und Genoud zu bedeuten, indem er in der Tiefe wirkt, was bei jenem nicht der Fall war.

5. Pospelow referierte über die weiteren Beobachtungen von **Überimpfung der Syphilis auf anthropoide Affen**, und zwar speziell über die Versuche von Prof. Lassar.

Fachzeitschriften.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

Band I. Heft 1.

Lupus follicularis disseminatus, von S. Bettmann-Heidelberg. Die Stellung des Lupus follicularis disseminatus in der Pathologie ist noch nicht als definitiv entschieden anzusehen, wenn auch die Auffassung des Leidens als eine durch eine beschränkte Aussaat von vielleicht abgeschwächten Tuberkelbacillen bedingte Affektion die richtige zu sein scheint. Als klinische Besonderheiten sind anzuerkennen: das Auftreten in bestimmtem Alter, die primäre akute oder subakute Dissemination, die mangelnde Neigung der Einzeleffloreszenzen zur Vergrößerung und zur Konfluenz, das völlige Fehlen ulceröser Prozesse, die Beschränkung auf das Gesicht und der Stillstand, den die Affektion in relativ kurzer Zeit zu erfahren pflegt. Diese Merkmale trafen recht genau bei der vom Verfasser Monate hindurch beobachteten 26jährigen Patientin zu. Injektionen mit Alttuberkulin riefen erst bei Anwendung von 5 resp. 8 mg eine zweifellose Reaktion hervor; die Untersuchung der Knötchen auf Bacillen fiel bei Prüfung von 60 Präparaten negativ aus, desgleichen Impfungen des exzidierten Materials auf die vordere Augenkammer bei Kaninchen. Die Therapie ist ziemlich unerfolgreich. Geradezu schädlich wirkt eine nicht mit genügender Gründlichkeit ausgeführte und nicht durch eine weitere Behandlung unterstützte Auslöffelung der Läsionen. Verfasser bespricht noch etwas ausführlicher die Beziehungen zwischen diesem Leiden und der Akne teleangiectodes Kaposis, dem Lupus follicularis und anderen Affektionen.

Heft 2.

Zur Diagnose und Therapie der Blasen- und Nierentuberkulose bei der Frau, von W. Stoeckel-Bonn. Diese Arbeit enthält eine Reihe von instruktiven Krankengeschichten, aus denen hervorgeht, daſs manche gynäkologisch behandelte Fälle von Blasenbeschwerden in Wirklichkeit auf tuberkulöser oder sonstiger pyogener Infektion der Blase und der Nieren beruhen. Verfasser betont die Bedeutung des Cystoskopierens auch für den Frauenarzt, ohne indessen die Gefahren des Verfahrens zu verkennen, z. B. bei akuten Entzündungsprozessen in der Blase. Auch für den Wert der Ureterenkatheterisation führt er einige Beobachtungen an. Seiner Beobachtung nach ist die Blasentuberkulose wohl stets ein sekundäres Infektionsprodukt von der Niere her. Schon aus der Beschaffenheit der Uretermündung, welche dann als unregelmäſsiges, kraterförmiges, schwarz verfärbtes Loch erscheint, kann die richtige Diagnose gestellt werden. Ist aber die Diagnose Pyonephrose, ob mit oder ohne Tuberkulose, sicher, so ist stets die Exstirpation des erkrankten Organs die einzige wirksame Therapie. Daſs eine Spontanheilung von Blasentuberkulose allerdings auch möglich ist, lehrt ein ebenfalls hier ausführlich beschriebener Fall.

Anderweitige Tuberkulose bei Lupus und Scrophuloderma, von C. Grouven-Bonn. Dem Verfasser stand für diese Arbeit das klinische und poliklinische Material der Doutrelepontschen Abteilung aus der Zeit vom 1. Oktober 1885 bis 1. April 1902 zur statistischen Bearbeitung zur Verfügung. Dasselbe umfaſst im ganzen 762 Fälle, von denen 584 in der Klinik, 178 ambulant behandelt wurden. Allerdings gibt letztere Zahl (178) nicht die Gesamtziffer der poliklinischen Fälle von Lupus und Scrophuloderma an; dieselbe betrug vielmehr für genannten Zeitraum 546, doch waren bei 368

derselben die Aufzeichnungen weder in positivem, noch in negativem Sinne zu verwerten. Unter diesen poliklinischen Patienten fanden sich im ganzen nur 19, bei denen keinerlei sonstiger Anhalt für das Vorhandensein von Tuberkulose weder durch hereditäre Belastung, noch in der Form von sonstigen tuberkulösen Erscheinungen neben dem Lupus resp. dem Scrophuloderma nachweisbar war. Es war demnach bei 89,32% der Fälle (im Bericht hat offenbar der Druckfehlerteufel gehaust) klinisch ein Zusammenhang mit Tuberkulose erkennbar. Unter den 584 in der Klinik behandelten Fällen (250 Männer und 334 Weiber) fanden sich 124 oder 21,23%, bei denen weder Heredität, noch sonstige Erscheinungen von Tuberkulose konstatiert werden konnten, oder, anders ausgedrückt, man hatte hier in 78,77% der Fälle ein positives Resultat. Besonders hervorzuheben ist noch dabei, dafs bei den Lupusfällen, bei denen die Schleimhäute mit affiziert waren, dieser Prozentsatz sich auf 84,44% steigerte, eine Erhöhung, welche Verfasser nicht für einen blofsen Zufall hält. Ferner hebt er speziell hervor, dafs bei 21 Fällen von Lupus sich bei den Eltern oder den Geschwistern das Leiden auch vorfand, während Kaposi noch erklärt hat, dafs eine solche Heredität oder eine Ansteckung im klinischen Sinne bei Lupus nicht bekannt sei.

Heft 3.

Zur Pathologie und Therapie der Hodentuberkulose, von M. Jordan-Heidelberg. Von ausschlaggebender Bedeutung ist auf diesem Gebiete die Entscheidung der Frage, ob die Hodentuberkulose stets oder wenigstens in der Mehrzahl der Fälle sekundär, d. h. von einem sonstigen Herd im Urogenitalsystem aus oder primär vom Blute aus ihren Ursprung nehme. Im allgemeinen hat die erstere Auffassung mehr Anhänger. J. führt zum Beweise der hämatogenen Entstehung folgendes an: Die operativen Eingriffe (Kastrationen und Doppelkastrationen) der Kliniken zu Tübingen und Heidelberg mit ca. 200 Fällen ergaben bei etwa der Hälfte eine nachgewiesene Dauerheilung, was bei Vorhandensein eines anderweiten primären Herdes nicht denkbar wäre. Ferner hat man bei konservativer Behandlung der Hodentuberkulose mit Ruhigstellung, Einreibung von Jodsalbe und tonisierender Allgemeinbehandlung oft recht gute Resultate erzielt. Auch verschwanden öfters nach Heilung der Hodentuberkulose die komplizierenden Schwellungen an Prostata und Samenbläschen ohne direkte Behandlung. Desgleichen hat v. Büngner an anatomischen Präparaten in gröfserer Anzahl eine Abnahme der Intensität der Erkrankungserscheinungen am Vas deferens in der Richtung vom Hoden nach der Blase hin konstatiert, und Injektionsversuche von Baumgärtner und von Krämer zeigten, dafs die Tuberkelbacillen der Richtung des Sekretstromes, der Lymphe usw. folgen, indem sie Eigenbewegung nicht besitzen. Auch sprechen klinische Beobachtungen für die hämatogene Entstehung der Hodentuberkulose. J. hat bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde mit Erfolg einen tuberkulösen Hoden exstirpiert; etwa $^1/_4$ Jahr später zeigten sich die Erscheinungen einer Caries der Ulna und des Ellbogengelenks; nach der Resektion desselben ist das Kind seitdem (drei Jahre lang) gesund geblieben. Ebenso wurde ein 49jähriger Mann mit Lupus von achtjährigem Bestande, Hodentuberkulose und Tuberkulose des Ellbogens erfolgreich operiert, woraus auf das Fehlen eines sonstigen Herdes geschlossen werden kann. Auch ist über das Vorkommen von allgemeiner Miliartuberkulose, bei welcher sich nur eine Hodentuberkulose als Primäraffektion (Stempel) vorfand, berichtet worden. Demgemäfs empfiehlt J. für die Therapie eine eklektische Richtung. Wo auf die Erhaltung der Potentia generandi kein Gewicht gelegt wird, wird die Kastration, eventuell die beiderseitige, vorzunehmen sein; in anderen Fällen ist mit einer partiellen Exzision mit möglichster Entfernung von allem krankhaften Material und mit sonstigen Heilmitteln ein Versuch zu machen.

Heft 4.

Sensibilitätsstörungen der Haut bei Lungenerkrankungen, besonders der Tuberkulose, von R. Goldmann-München. Von verschiedenen Autoren, so namentlich von Head, ist auf eine gewisse Wechselbeziehung zwischen visceralen Erkrankungen und Störungen in der Sensibilität der Haut bekanntlich hingewiesen worden. Nach der Headschen Einteilung der Hautzonen entsprechen der Lunge die als C_3 und C_4 bezeichneten Gebiete, nämlich die Haut am Nacken bis ungefähr zu einer Linie, welche von der Schulterhöhe senkrecht zur Wirbelsäule gezogen wird, am Halse nach vorn bis zum hinteren Rande des Kopfnickers, nach unten etwas unter das Schlüsselbein hinab. Ferner kommen in Betracht D_3 bis D_9, nämlich das Gebiet, welches hinten von der Höhe der Schultergräte bis zum zwölften Brustwirbel, vorn von der dritten Rippe bis zum Nabel reicht. Allerdings fällt dies Gebiet zum Teil auch in den Bereich der Hyperalgesien bei Magen-, Darm- und Leberaffektionen. G. hat nun bei 40 Fällen (19 Weiber, 21 Männer) eine derartige Wechselbeziehung feststellen können und berichtet ausführlich über sechs Fälle von Tuberkulose des Oberlappens, fünf des Unterlappens und einen Fall von krupöser Pneumonie. Die Prüfungen wurden teils mit dem Kopfe einer Stecknadel, teils mit der Bleistiftspitze oder der Fingerkuppe, allenfalls mit einem Wattebausch ausgeführt. Auch in bezug auf Temperatursinn, elektrische Empfindlichkeit und Kitzelempfindung wurden in manchen Fällen Abweichungen von der Norm konstatiert. Im ganzen stimmte das hyperalgische Gebiet mit der dem affizierten Organe entsprechenden Zone überein, und Verfasser bestätigt die Behauptung, daß eine akute Erkrankung des Lungenparenchyms des Oberlappens mit einer Hyperalgesie der Zone C_3 usw. einhergehe. Bei alten Lungenherden, Kavernen, Bronchitis und wahrscheinlich auch bei katarrhalischer Pneumonie und Pleuritis findet sich dieses Verhalten nicht. Dasselbe ist offenbar als eine spezifisch den bestimmten Visceralerkrankungen eigentümliche, durch die spinalen Nervenbahnen übermittelte Erscheinung anzusehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Dermatologische Zeitschrift.

1904. Band XI. Heft 2.

Über Therapie des Ekzems, von O. Lassar-Berlin. Als erste Aufgabe einer erfolgreichen Ekzemtherapie muß man es ansehen, die Ursache zu eruieren, und die Noxe, welche die Hauterscheinungen veranlaßt hat, zu beseitigen. In den meisten Fällen gelingt es unschwer, in der Berufsart, Beschäftigung, in den Lebensgewohnheiten der Patienten die Ursache festzustellen. Weniger leicht gelingt die Eruierung der Ursache, wenn sie sich hinter übersehenen Zufälligkeiten, Liebhabereien und Spielereien verbirgt. Vielfach heilt ein Ekzem mit der Beseitigung der äußeren Schädlichkeit spontan ab. Auf alle Fälle ist es geboten, jede weitere Schädlichkeit von den erkrankten Hautpartien fernzuhalten, insbesondere auch die bis dahin gebrauchten Mittel auf ihren wohltuenden oder schädigenden Einfluß zu prüfen. Bei frischer, zumeist durch äußere Irritamente hervorgerufener Dermatitis säubere man zunächst peinlich die Hautoberfläche, sei es im lauen Bade mit Zusatz von Kleie und milder Seife, sei es durch eine Abwaschung mit Kamilleninfus, sodann werden dreimal täglich eine halbe Stunde lang kühle Umschläge mit einer Lösung von Zincum sulfuricum (1 : 1000) oder von essigsaurer Tonerde gemacht. Die Umschläge werden auf flachem Teller ausgebreitet und sind, sobald sie warm werden, zu wechseln. An diese feuchte schließt sich unmittelbar die Trockenbehandlung, welche in Applikation reichlicher Mengen indifferenter Streupulver besteht. Am besten eignet sich hierfür der Talkumpuder. Wird im Laufe der Behandlung die Haut zu trocken und spröde,

so ist die Anwendung der Zinkölpasta (Zinci oxydat. 60, Ol. oliv. 40) am Platze. Häufig wird man diese des nachts und am Tage Talkumpuder gebrauchen.

Bei allen Maßnahmen kommt es darauf an, neue Reize zu verhüten. Deshalb wird man, wo dies möglich ist, die befallenen Stellen nach Applikation der Mittel durch Verbände gegen den Luftzutritt und mechanische Reizung mit den Fingernägeln abschließen.

Bei tiefgreifenden Infiltrationen sind Teerpräparate zu verwenden, z. B.

℞ *Ol. Rusci*,
Sulfur. sublim. ā 15,0
Vasel. flav.
Sapon. domestic. ā 30,0
Cretae albae 10,0
M. f. ung.

Darüber Puder und Verband.

Verfasser hat in der letzten Zeit auch die Röntgenbehandlung des Ekzems mit gutem Erfolge geübt und will in einem Artikel darüber ausführlicheres berichten.

1904. Band XI. Heft 3.

I. **Über die vaginale spezifische Behandlung schwangerer Frauen**, von Hans Vörner-Leipzig. Seit dem Jahre 1897 hat Verfasser die Methode geübt. Sie besteht in dem Einführen von merkurhaltigen Vaginalkugeln. Letztere haben ein Gewicht von 3 g, seltener 4 oder 5 g, und enthalten zu 12—15 % regulinisches Quecksilber, den Rest Axungia porci und Sebum ovile zu fast gleichen Teilen. Ein geringer Zusatz von Talg bewirkt, daß die Kugeln für längere Zeit ihren Zusammenhang bewahren. Man führt eine Kugel so ein, daß sie genau vor das Orificium uteri zu liegen kommt, um dann mit einem nachgeschobenen Tupfer dort gegengepreßt und fixiert zu werden. Hat man das Terrain vorher gut trocken getupft, so gelangt ein Teil der Salbenmasse sogar in den Cervicalkanal und scheint dadurch eine größere Wirkung auf den Uterus auszuüben. Die Einführung geschieht, wo dies möglich, jeden Tag oder in doppelter Dosis jeden zweiten Tag. Man kann größere Kugeln, z. B. von 10 g Gewicht, sogar drei Tage liegen lassen, nur fügt man den Globuli etwas Talg hinzu. Jeder neuen Applikation schickt man zweckmäßigerweise eine Spülung der Vagina, z. B. mit einer auf Körpertemperatur erwärmten Sublimatlösung von 1 : 1000 unter schwachem Druck voraus. Der nach dem Globulus eingeführte Tampon soll der Größe der Portio angemessen und mit Tannin und Glycerin (1 : 2) oder mit Alaun und Glycerin in demselben Verhältnis getränkt sein.

Das Resultat der vaginalen Behandlung schwangerer Frauen, zumeist in den ersten vier Monaten der Gravidität stehend, war sowohl für den Verlauf wie das Ende der Schwangerschaft ein günstiges und entsprach den früheren Erfahrungen, die man mit dieser Methode gemacht hatte. Von 40 Frauen hatten 36 (= 90 %) normalzeitige Geburten; viermal (= 10 %) kam Totgeburt vor, zweimal mit Zeichen von Syphilis.

Über das weitere Ergehen der Kinder konnte Verfasser folgendes ermitteln. Von den 36 normal geborenen Säuglingen starben in der ersten Woche 2, in der vierten 1 (= 8 %), im zweiten und dritten Monat starben 3, also eine Mortalität von 22 % im ersten Vierteljahre. Nach neun Monaten betrug die Mortalität 55 %, nach einem Jahre 58 %. An Lues erkrankten in der zweiten und vierten Woche je 1 Kind, im zweiten Monat 5, im dritten 8, im vierten 4 Kinder, im fünften, sechsten und achten Monat je eins. Von 24 luetischen Kindern starb nach vier Wochen eins (= 4 %), nach drei Monaten 4 (= 16 %), nach einem halben Jahre

gehen von 20 (über drei fehlen die Angaben) 6 (= 30 %), nach einem Jahre von 19 10 (= 53 %) zugrunde.

Aus allem geht hervor, dafs die Vaginalkugelbehandlung auf den Verlauf und die Dauer der Schwangerschaft und auf die Geburt einen günstigen Effekt ausübt, der die ersten Lebensmonate der Kinder noch anhält, dafs derselbe aber durch die gegenüber anderen Behandlungsmethoden erhöhte Sterblichkeit der Kinder in den späteren Lebensmonaten wieder aufgehoben wird. Nach den Erfahrungen des Verfassers wird man bessere Resultate erzielen, wenn man erwägt, dafs es mit der exakten Anwendung der Vaginalkugelbehandlung während der Gravidität noch nicht getan ist, um ein Kind dem durch die hereditäre Lues drohenden Untergang zu entreifsen. Es ist unbedingt notwendig, dafs ein solches Kind eine ungemein peinlich durchgeführte gute Ernährung und Pflege und bei auftretenden Symptomen eine sofortige Behandlung erfährt, die intermittierend während der beiden folgenden Jahre durchgeführt werden mufs.

II. **Beitrag zum Studium der Harnretention bei Tabes dorsalis**, von F. Bierhoff - New York. Nach Frankl-Hochwart und Zuckerkandl leiden 50 %, nach Laimbach und Möbius 80½ % der Tabiker an vesikalen Störungen der verschiedensten Art und Intensität. Am häufigsten und frühesten findet man Schwierigkeit im Harnentleeren. Den Patienten fällt es schwer, die ersten Tropfen zu entleeren, sobald diese überwunden sind, geht das Urinieren in normalem Strahlen vor sich. Bei einzelnen Patienten sind die Intervalle zwischen den Harnentleerungen sehr verlängert, sie fühlen nur wenig Drang zum Urinieren. Zuweilen ganz plötzlich tritt Retention ein.

Andere Tabiker wiederum klagen über abnorm häufiges, mehr oder weniger schmerzhaftes Entleeren kleiner Harnmengen. Bei allen diesen findet man erhebliche Quantitäten von Residualharn. Es sind dies bereits Zeichen von Cystitis.

Die Ursachen der Schwierigkeiten beim Urinieren sind bei einzelnen Tabikern mechanische Hindernisse, wie Strikturen, Polypen, Steine in der Harnröhre, oder Prostatahypertrophie, Fremdkörper, Tumoren in der Blase. In einer Reihe von Fällen fehlen jedoch solche Hindernisse. Die Retention ist vielmehr auf eine Herabsetzung des Harndranges durch Verminderung der normalen Empfindlichkeit der Blasenschleimhaut zurückzuführen. In manchen Fällen liegt die Ursache der Retentio urinae und Dysurie, besonders in den ersten Stadien der Tabes, sehr wahrscheinlich in einem tonischen Krampf der Blasenverschlufsmuskeln.

Der Verfasser teilt zur Illustration des Gesagten einige Fälle aus seiner Praxis mit.

III. **Ernährungstherapie bei Hautkrankheiten**, von O. Lassar - Berlin. Im allgemeinen sind die meisten, als eigentliche Hautkrankheiten zu bezeichnenden Leiden unabhängig von der Art der Ernährung des Organismus, so besonders die Neubildungen, Hyperplasien und Hypertrophien. Anderseits läfst sich nicht leugnen, dafs Hautkrankheiten, wie die Psoriasis, Akne, Furunkulose, Prurigo, durch Modifikation der Nahrung in ihrer In- und Extensität gemildert werden können. A priori wird man annehmen müssen, dafs diejenigen Hautausschläge, die durch gewisse Nahrungsstoffe, also ab ingestis, hervorgerufen und begünstigt werden, durch Vermeiden derselben sich beseitigen lassen oder eine Abschwächung erfahren.

Von einer guten, zweckmäfsigen Ernährung hängt ebenso wie der gesamte Körper auch die Haut und ihre Widerstandskraft ab. Schwere Ernährungsstörungen, wie sie bei Typhus und Puerperalfieber sich zeigen, führen nicht selten zu Decubitus der Haut, zum Ausfallen der Haare. In der Rekonvaleszenz tritt wieder Regeneration ein.

Wie sehr unter dem Einflusse einer unzweckmäfsigen, schlechten Nahrung und Ernährung der Zustand der Haut wie des gesamten Körpers leiden kann, zeigt sich am deutlichsten an den Pellagrakranken. Meistens handelt es sich hier um Patienten, die durch den vorwiegenden Genufs von Mais, noch dazu von unreifem, feuchten, verschimmelten und verdorbenen Mais an Leibschmerzen, Durchfällen, Sehstörungen, Neuralgien, Schwindel, Paralysen, maniakalischen Erregungen, tiefen Depressionen, Kräfteverfall erkranken. Hand in Hand mit diesen Erscheinungen einer allgemeinen Vergiftung gehen die Hauterscheinungen, die man als Pellagra (pellis aegra) bezeichnet hat: Erytheme, Blasenbildung, Abschuppung, Infiltration und bleibende Pigmenthypertrophie, starre, rissige, unelastische, empfindliche, schliefslich atrophische Haut.

Als ein anderes Beispiel von schädlichem Einflusse der Ernährung auf die Haut kann der Skorbut angesehen werden; ferner gehören hierher die verschiedensten Hautkrankheiten, welche durch schädliche Ingesta, Nahrungsmittel wie Medikamente, hervorgerufen werden.

Nachdem der Verfasser den ursächlichen Zusammenhang zwischen Ernährung und Hautkrankheiten behandelt hat, erörtert er die spezielle Diätetik, welche bei denselben zu beobachten ist.

Bei akuten Erythemen und Urticariaausschlägen ab ingestis ist eine gründliche Entleerung des Darmes durch Klysmen oder Abführmittel, wie Ricinusöl, Kalomel etc., am Platze; bei chronisch-residivierenden Formen ist ebenfalls auf eine regelrechte Darmtätigkeit zu achten, eventuell unter Zuhilfenahme einer Brunnenkur. Hierfür eignen sich die Wässer von Karlsbad, Kissingen, Homburg und Tarasp. Solche Kuren sind oft lange fortzusetzen, wenn man einen nachhaltigen Erfolg erzielen will. Wo gichtische und rheumatische Einflüsse im Spiele sind, wird man dementsprechend medikamentöse Verordnungen geben, namentlich bewährt sich hier oft das salicylsaure Natrium.

Dafs man sich bei allen Patienten nach ihrer täglichen Nahrung genau zu erkundigen hat, ist selbstverständlich. Man wird hierbei auf mancherlei Nahrungsmittel stofsen, die entweder in qualitativer oder auch in quantitativer Beziehung von Schaden sind. Namentlich gilt dies bei einzelnen Hautkrankheiten der Kinder, wie bei Prurigo. Als erste Aufgabe gilt auch Regulierung eines ausreichenden Stuhlganges, wobei sich besonders das Kurellasche Brustpulver bewährt.

In vielen Fällen von Akne, Furunkulose und anderen Hautaffektionen wird man den Tee- und Kaffeegenufs einschränken oder verbieten müssen.

Die Näschereien haben keinen geringen Anteil an der Entstehung oder Chronicität von Hautkrankheiten. Bei den einen ist der übermäfsige Genufs von Fetten, bei den anderen der von Kohlehydraten von Nachteil. Jeder Patient wird je nach seinen Neigungen und Gewohnheiten in der Lebensweise ein mehr oder minder individuelles diätetisches Regime haben müssen. Auf diese Weise werden sich viele Hautkrankheiten beeinflussen lassen. Davon macht selbst die Psoriasis keine Ausnahme. Eine reine oder gemischte Vegetarierkost, bei welcher die Patienten auch Eier, Butter, Käse, Fische genieſsen dürfen, bewirkt oft ein Abblassen und Zurückgehen von Psoriasisefflorescenzen; geheilt wird mit Einhaltung dieser Fleischentziehungskost allein die Krankheit noch nicht, aber es ist von Interesse, dafs die Ernährung auch diese so hartnäckige Hautaffektion modifizieren kann.

C. Berliner-Aachen.

Lepra.

Band IV. Heft 2.

III. **Neuseeland und die Cook-Inseln, Lepra einst und jetzt,** von J. M. Mason-Neuseeland. Während noch um die Mitte des vorigen Jahrhunderts die Lepra auf Neuseeland und den Südsee-Inseln ziemlich verbreitet gewesen sein soll, gibt es heute nur noch vereinzelte Fälle dort. Auf Neuseeland selbst sind nur fünf Fälle bekannt. Bei einer Untersuchungsreise, die den Verfasser nach Samoa, den Fidschi-Inseln und zahlreichen anderen benachbarten Inseln geführt hat, konnte er nur vierzehn Lepröse entdecken. Die Gesamtzahl mag wohl höher sein, ist aber keinesfalls beträchtlich höher. Auf den zu Neuseeland gehörigen Cook-Inseln fand Verfasser zwölf Lepröse; zehn von diesen lebten auf der Leprastation Molokai der Insel Penrhyn (nicht zu verwechseln mit der zur Hawaii-Gruppe gehörigen Insel Molokai). Es ist bemerkenswert, daſs diese Isolierstation von den Eingeborenen selbst ohne Belehrung von seiten der Weiſsen errichtet wurde.

IV. **Die Lepra auf den dänischen Antillen.** Offizieller Bericht von Ed. Ehlers-Kopenhagen. (Fortsetzung folgt.)

V. **Die Lepra auf Britisch-Guyana; eine Befürwortung der Lepraasyle,** von John D. Hillis. Die erste Einschleppung der Lepra nach Britisch-Guyana hat sicher durch afrikanische Negersklaven stattgefunden. Während der Zeit der Sklaverei wurde durch die holländischen Pflanzer — Guyana ist vor 90 Jahren aus holländischem Besitz in englische Hände übergegangen — für Pflege und Absonderung der Leprösen genügend gesorgt, so daſs die Krankheit sich nicht verbreitete. Seit der Sklavenemanzipation blieb die Sorge für die Gesundheit den Negern selbst überlassen; bei der vollständigen Vernachlässigung aller Gesundheitsregeln war seitdem die Möglichkeit einer Ausbreitung erheblich gestiegen. Dazu kam die Neueinschleppung von China und Indien her. Die Eingeborenen des Landes sind bis auf einen Volksstamm, die Warraks, von der Krankheit verschont geblieben, trotzdem Ernährung, Lebensweise bei allen Stämmen die gleiche war; dieser eine Stamm war aber auch der einzige, der mit den Negern eine geschlechtliche Vermischung einging. — Bis zur Mitte der 70er Jahre war eine beständige Zunahme der Zahl der Leprösen zu konstatieren. Es gab zwar eine Isolierstation, in die alle Leprösen gebracht wurden; aber dort kümmerte man sich nicht mehr um sie, sie durften tun und treiben, was sie wollten. Mit Hilfe der englischen Regierung begann Verfasser damals, eine Änderung in diese Zustände hineinzubringen. Es wurden vor allem die arbeitsfähigen Kranken von den völlig invaliden getrennt, für eine zweckmäſsige Beseitigung der Fäkalien gesorgt, ordentliche Unterkunftsräume geschaffen, Schulen und Gottesdienst wurden eingerichtet, die arbeitsfähigen Kranken wurden beschäftigt, für die arbeitsunfähigen geschultes Pflegepersonal beschafft usw. Die Erfahrungen des Verfassers seit 1876 sind so günstige, daſs er durchaus für die Errichtung von Lepraasylen in tropischen Gegenden eintritt. — Was die Formen der leprösen Erkrankung betrifft, so gehörten 21% der tuberösen, 62% der anästhetischen Form an, 17% waren Mischformen.

A. Loewald-Kolmar.

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band 2. Heft 1.

Originalarbeiten bringt das vorliegende Heft nicht. Es dürfte aber von Interesse sein, aus den Ortsgruppen und Zweigvereinen der Gesellschaft einige Mitteilungen zu bringen. Assessor Clausmann in Cöln empfiehlt das Prinzip der **Übernahme von**

Bordellen in städtische beziehungsweise staatliche Regie als ein den Idealen der Reglementaristen nahekommendes System. Er will beim Begriff „Unzucht" von der Messaline und dem „Verhältnis" abgesehen wissen. Nicht die Unzucht und ihr Gewerbe seien vom Standpunkte des Staates aus strafbar, sondern nur die Entziehung von der Kontrolle. Diese müsse aber auch stark bestraft werden, da die Aufsicht über dies Gewerbe, das als das bei weitem gefährlichste überhaupt anzusehen sei, unbedingt eine strenge sein müsse. Nicht durch die ärztliche Untersuchung werde die Frau herabgewürdigt, sondern durch das Gewerbe an sich, das sie als Prostituierte betreibe. Die Aufhebung der Bordelle habe, wie sich gerade an Cöln zeige, die Straßenprostitution ungeheuer begünstigt, so daß sie ein öffentlicher Notstand geworden sei, der des Abends alle anständigen Frauen an das Haus fessele. Eine Kasernierung unter obrigkeitlicher Aufsicht werde auch die Ausbeutung der Prostituierten durch die Bordellinhaber und Bordellwirtinnen hintanhalten. Auch sei den Dirnen der Wiedereintritt in das geordnete bürgerliche Leben zu erleichtern. Schlimm sei hierbei der Zustand der Verschuldung, unter dem viele Prostituierte litten. So hätten in Hamburg manche Dirnen bis 5000 Mark Schulden bei ihren Wirten. — In Wiesbaden sprach Kollege Hitzel über **„Geschlechtskrankheiten, Alkohol und Nervensystem"**. — Im Zweigverein Württemberg berichtete Ministerialrat Kollege Bälz über eine Petition an das zuständige Ministerium; es wird darin einesteils darum nachgesucht, **daß Geschlechtskranke Aufnahme in allen Krankenhäusern finden und daß für ihren Bedarf besondere Räume in den Spitälern zur Verfügung gestellt werden möchten.** Auch für mittellose Personen und solche, die selber Bezahlung anbieten, solle das jetzige Verfahren der grundsätzlichen beziehungsweise häufig zu beobachtenden Zurückweisung abgeschafft werden. Des weiteren petitionierte der württembergische Zweigverein um **Erweiterung der Zwangserziehung Minderjähriger.** — Finanzrat Lösch schätzte gelegentlich eines Vortrags über **„Prostitution und ihre volkswirtschaftliche Bedeutung"** den Aufwand, der in Deutschland für die Prostitution mit ihren Begleiterscheinungen gemacht wird, auf etwa eine Milliarde Mark. — In München sprach Kopp über **„Das Geschlechtliche in der Jugenderziehung"**. Die Jugend hat ein Recht auf eine Reform der sexuellen Erziehung, bei der heutzutage, wenn von ihr überhaupt gesprochen werden kann, Geheimnistuerei und Beschönigung, Unwahrheit und Zimperlichkeit herrschen. Sittliche Intaktheit und Kenntnis der nötigen geschlechtlichen Dinge lassen sich wohl vereinen und schließen sich keineswegs aus. Die Quellen, aus denen das Kind seine Kenntnisse darüber bisher geschöpft hat, sind sehr trüb. Ihre Folge ist die enorme Verbreitung der Onanie in jeder Form. An Stelle des Märchens vom Storch hat die Belehrung über den innigen Zusammenhang zwischen Mutter und Kind zu treten. Diese Erkenntnis ist der Ausgangspunkt der gesamten sexuellen Erziehungsreform. Beim Beginn der geschlechtlichen Reife soll das schrittweise vorbereitete Kind alles erfahren. Elternhaus und Schule müssen hierbei Hand in Hand gehen. „Eltern, welche die entsprechende Unterweisung ihrer Kinder unterlassen, haben kein Recht, sittliche Reinheit von ihren Kindern zu verlangen". Die Presse muß helfend beispringen. Der Beginn des Unterrichts über sexuelle Dinge hat im Anschluß an den naturwissenschaftlichen Stoff zu erfolgen. Eine Kommission von Lehrern und Ärzten hat den Unterrichtsplan auszuarbeiten. Später müssen an den Gegenstand Belehrungen über Körperpflege und Hygiene angeschlossen werden. Auch die Nacktheit in der Kunst muß in ihrem erzieherischen Einfluß bewahrt werden, damit sie schon auf das Kind einzuwirken in der Lage ist. Das bekannte Feigenblatt kann dabei nur verderblich wirken. Auch die Trennung der Geschlechter in der Schule ist eine unzweckmäßige Einrichtung. Das Gegenteil würde

sicher zu einer Art sexueller Abhärtung führen. — Der Schlesische Zweigverein ist der Petition des „Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit" aus dem Jahre 1903 beigetreten. Dieselbe umfaßt mehrere Wünsche: „Um allen geistig, sittlich oder körperlich gefährdeten Minderjährigen unter 18 Jahren den erforderlichen Schutz zu gewähren, ist es wünschenswert, die Fürsorge-(Zwangs-)Erziehung für alle diejenigen Fälle für zulässig zu erklären, in denen der Richter Anlaß zum Einschreiten auf Grund der §§ 1666, 1838 des Bürgerlichen Gesetzbuches findet." Für § 5 Absatz 2 des Fürsorgeerziehungs-Gesetzes schlägt man vor den Wortlaut: „Die durch die vorläufige Unterbringung erwachsenden Kosten fallen dem verpflichteten Kommunalverband zur Last. Die Polizeibehörde hat die durch die vorläufige Unterbringung entstehenden Kosten vorzuschießen." — Über das Thema „**Wann dürfen Geschlechtskranke heiraten?**" sprach Neisser-Breslau in Görlitz und Mannheim. Die erstere Versammlung wurde vom Bürgermeister Geheimen Regierungsrat Heym geleitet. Eine Anzahl neuer Ortsgruppen der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wurde gegründet, so in Danzig, Elberfeld, Posen. Von Interesse ist noch eine Verhandlung im Berliner Gemeinde-Kollegium, das sich auf mehrere Eingaben hin mit der **Spitalsaufnahme** Venerischer zu befassen hatte. Der schließlich betretene Ausweg vermehrt die Zahl der Betten für Geschlechtskranke um 90 gegen jetzt. *Hopf-Dresden.*

Monatsberichte für Urologie.

Band IX, Heft 2.

Über die Verwertung des Stypticin in der urologischen Praxis, von Ed. Kögl-Wien. Analog den guten Erfolgen des Stypticin in der gynäkologischen Praxis hatte K. bei Fällen hartnäckiger Blutung aus dem Urogenitalapparate sehr gute Resultate mit der innerlichen Darreichung von Stypticintabletten. In dem einen der beiden von ihm näher erörterten Fälle, wo es sich um Blasen- und Prostatablutungen bei einem 79jährigen handelte, wurden daneben Blasenspülungen (zweimal in 24 Stunden) mit lauwarmer 5%iger Stypticinlösung gemacht. Nach der baldigen Sistierung der Blutung, sowie der überraschenden Aufhellung des Urins schließt K. nicht nur auf hämostatische, sondern auch antiseptische Eigenschaften des Stypticin. Weitere Versuche betrafen chronische Cystopyelitis bei Frauen (nach Harnretention und Katheterismus im Wochenbett) und Urethritis acuta posterior mit terminalen Blutungen; in letzterem Falle erwiesen sich neben der inneren Stypticindarreichung Gelatinebougies mit 0,04 Stypticin sehr erfolgreich zur Bekämpfung der Blutungen. Es scheint also das Stypticin als lokal wirksames und internes Hämostatikum sehr empfehlenswert zu sein.

Die Verhütung der Blennorrhoe, von Moriz Porosz-Budapest. (Vortrag, gehalten auf der Kolozsvárer Wanderversammlung der ungarischen Ärzte und Naturforscher.) P. empfiehlt schon seit Jahren als prophylaktische Lösung 1—2%iges Acid. nitr. conc. pur. (50%), welche er sofort nach dem Coitus oder 1—3 Stunden später vermittels der gewöhnlichen Tripperspritze auf das klaffend gemachte Orificium spritzen läßt. Weibliche Personen, besonders Prostituierte, welchen von der Sanitätspolizei das an und für sich sehr billige Mittel unentgeltlich geliefert werden sollte, müssen nach jedem Coitus ca. ¾ l. einer 1%igen Lösung des Acid. nitr. conc. pur. einspritzen. P. empfiehlt dazu, den Irrigatoransatz mit einem dicken, linsenförmigen, obturierenden Teil aus Glas zu versehen, damit nach der Einführung die Flüssigkeit nicht ausfließe und alle Falten der Vagina von derselben ausgeglättet werden (siehe Abbildung). Entsprechende Kontrollversuche mit Methylenblaulösung ergaben die

Richtigkeit der Annahme P.s, dafs durch seine Methode die ganze Scheidenschleimhaut von der Flüssigkeit durchtränkt werde; die Befürchtung, dafs letztere in den Uterus eindringe, weist er auf Grund des physiologischen Schutzes durch die enge, dickwandige, mit klebrigem Schleim meist gefüllte Cervix zurück. Im übrigen betonen die Ausführungen P.s die strenge Überwachung der Prostituierten in ärztlicher Beziehung. *Stern-München.*

The British Journal of Dermatology.

Band 16. März 1904.

. **Die jüngste Pockenepidemie in den Vereinigten Staaten,** von W. Tr. Corlett. In der Jahresversammlung der Dermatologischen Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland am 27. Mai 1903 hielt Verfasser einen Vortrag über die jüngste Pockenepidemie in den Vereinigten Staaten und demonstrierte Abbildungen, insbesondere solcher Fälle, welche wegen ihrer atypischen Erscheinungen und ihres ungewöhnlichen Krankheitsverlaufes zu diagnostischen Irrtümern Anlafs geben konnten.

Die Epidemie, welche im Jahre 1898 begann, trat innerhalb weniger Monate in verschiedenen, voneinander entfernten Gegenden auf und zeigte vor allem einen doppelten Typus. In Boston und der Umgebung nahm die Krankheit von Anfang an einen stark virulenten Charakter an; in New York beispielsweise war eine grofse Sterblichkeit der Erkrankten zu verzeichnen, während die Pocken in Philadelphia, nur 100 Meilen entfernt, einen aufserordentlich milden Verlauf nahmen, ebenso in den kleinen Landorten des Staates Ohio, so dafs es vielfach schwer war, sie von Varicellen zu unterscheiden. Verhängnisvoll war es, solche Fälle nicht rechtzeitig zu diagnostizieren und sie streng abzusondern. Dadurch erst entwickelte sich aus sporadischen Fällen eine Epidemie.

Den eigentlichen Typus der Variola vera wiesen diejenigen Kranken auf, welche nie zuvor geimpft worden waren.

Der Verfasser beschreibt nun an der Hand der Photographien eine Reihe prägnanter, teilweise ungewöhnlicher Pockenfälle und schliefst daran eine kurze Betrachtung über die Behandlung, welche besonders darauf gerichtet war, den schädlichen Einfluſs der chemischen Strahlen des Tageslichtes von den Patienten abzuhalten. Der Erfolg war ein befriedigender und ermuntert zu weiteren Versuchen.

C. Berliner-Aachen.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Band 22. März 1904.

I. **Einige weitere Fälle von blastomycetischer Dermatitis,** von T. C. Gilchrist. Der Verfasser berichtet ausführlich über acht Fälle der Affektion, welche sowohl in klinischer wie histopathologischer Beziehung den meisten der in der Literatur bisher publizierten Fälle identisch waren. Von besonderem Interesse war die Systemerkrankung in vier Fällen, bei denen die Krankheit in den Lungen begann und die Parasiten im Blute nachgewiesen wurden. In allen bisher beschriebenen Fällen bestand eine grofse Ähnlichkeit in der Morphologie des Mikroorganismus, mochte er aus dem Geweben oder aus dem eitrigen Exsudate gezüchtet worden sein.

Was die Behandlung betrifft, so wurden, mit Ausnahme der schweren Systemerkrankungen, die meisten Fälle mit innerlichen Gaben von Jodkalium und äufserlicher Applikation der X-Strahlen geheilt.

II. **Ein Fall von lymphatischer Leukaemia mit Purpura,** von F. C. Shattuck-Boston. Ein 20jähriger Droschkenkutscher, der früher gesund war und aus einer gesunden Familie stammte, bemerkte eines Tages eine Schwellung am Halse und Knoten in der Nähe der Kieferwinkel, später in der Achselhöhle, schliefslich auch in der Leistengegend. Gleichzeitig trat ein diffus roter Ausschlag, zuerst an den Händen und Vorderarmen, im weiteren Verlaufe am Rumpf, im Gesicht und an den Extremitäten auf. Auch die Handteller und Fufssohlen sind befallen. Mit diesen Erscheinungen verbanden sich dann Husten, Dyspnoe, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit. Der früher kräftige Patient magerte zusehends ab. Als Verfasser ihn zum ersten Male sah, war der Zustand bereits ein schwerer. Der Patient zeigte am ganzen Körper einen teils erythematösen, teils papulo-makulösen, im Gesichte, am Halse konfluierenden Ausschlag, aufserdem an einzelnen Stellen alte und neue Hämorrhagien, an anderen zahlreiche erbsen- bis bohnengrofse Blasen.

Die Untersuchung des Blutes ergab die Befunde einer lymphatischen Leukämie.

Etwa acht Wochen nach Beginn der Erkrankung starb der Patient. Eine Autopsie ist nicht vorgenommen worden.

III. **Die Entfernung von Warzen, Mälern und anderen kosmetischen Fehlern des Gesichts,** von G. Th. Jackson-New York. Die gewöhnlichen Warzen, wie sie an den Händen vorkommen, sind im Gesicht selten. Bei jungen Leuten, besonders Kindern, findet man bisweilen das Gesicht dicht besät mit kleinen, flachen, weichen, hautfarbigen oder rosaroten Efflorescenzen. Bei Greisen kommen flache, bräunliche oder braunschwarze, ovale, etwas erhabene, rauhe Excrescenzen vor, die unter der Bezeichnung „seniler Warzen" bekannt sind und nicht selten zur Entstehung von Epitheliomen Anlafs gegeben haben.

Die beste Behandlung der Warzen ist, sie, wo es angängig, mit einem scharfen Löffel wegzukratzen und die zurückbleibende, exkoriierte Fläche mit reiner Karbolsäure zu betupfen. Auf diese Weise werden häfsliche Narben meistens vermieden. Die Operation ist nicht sehr schmerzhaft, wenn man nicht zu viele Warzen auf einmal vornimmt. Wo die Curettage nicht ausführbar ist, können die Warzen durch Betupfen mit Eisessig beseitigt werden. Auch bei dieser Behandlung empfiehlt es sich, nur einige wenige gleichzeitig in Angriff zu nehmen. Noch besser ist die Bepinselung der Warzen mit einer konzentrierten Lösung von Salicylkollodium. Sobald die obere Decke abgefallen ist, wird von neuem aufgepinselt, bis alles verschwunden ist. Filiforme Warzen werden nahe der Basis abgeknipst und die zurückbleibende Fläche mit reiner Karbolsäure betupft. Wenn man dies rasch ausführt, so ist das Verfahren nicht schmerzhaft. Senile Warzen läfst man am besten, wenn sie nicht genieren, in Ruhe, oder man entfernt sie ebenfalls mit einer gesättigten Lösung von Salicylkollodium. Zeigen sie die geringste Tendenz, sich zu vergröfsern, so müssen sie wie Epitheliome behandelt werden. Man kratzt sie mit dem scharfen Löffel weg und kauterisiert die Basis mit Höllenstein, oder man appliziert Arsenikpaste oder Chlorzink. Die Anwendung milder Caustica ist gänzlich zu verwerfen, da dieselben nur reizend wirken und die Warzen bösartig werden lassen.

Der Verfasser bespricht sodann die verschiedenen Formen der Naevi und ihre Behandlung. Nach seinen Erfahrungen erzielt man bei der Beseitigung von Gefäfsmälern jeder Art mit flüssiger Luft die raschesten und ausgezeichnetsten Resultate. Ein Tampon gut absorbierender Watte wird damit getränkt und appliziert. Der Tampon wird auf den Naevus gepreſst, bis das Gewächs hart gefroren ist, weifs wie Eis aussieht und sich ebenso kalt anfühlt. Nach einigen Augenblicken taut die Stelle wieder auf. Es hat sich ein ganz oberflächlicher Schorf gebildet. Ein bis zwei Applikationen genügen zur Zerstörung des Naevus. Allerdings empfinden die Patienten

einige Stunden nach der Applikation beträchtliche Schmerzen, welche die Verordnung von Linderungsmitteln notwendig machen. Man kann auch bei der Behandlung der Naevi mit gutem Erfolge die Elektrolyse anwenden, ebenso bei Pigmentnaevi und Naevi pilosi.

Die Behandlung der Sommersprossen ist im allgemeinen eine undankbare, weil grofse Neigung zu Rezidiven besteht. Der Verfasser bediente sich des Hydrogenium peroxydatum und der Sublimatlösung (0,12 : 30). Durch die Wasserstoffsuperoxydlösung wird ein Abblassen, durch die Sublimatlösung Blasenbildung und Beseitigung der Epheliden erzielt, aber meist ohne nachhaltige Wirkung. Deshalb hat man mehr Gewicht auf eine Verhütung der Sommersprossen zu legen; am besten geschieht dies durch Schleier oder durch Bepinseln des Gesichtes mit einer pigmenthaltigen Lösung, z. B.:

℞	*Calamin.*	1,3
	Zinci oxyd.	4,0
	Glycerini	8,0
	Aquae calcis	24,0
	Aqua rosar. ad	12,0

Überflüssige Haare werden am besten mittels Elektrolyse entfernt, doch verlangt die Behandlung eine grofse Geschicklichkeit, wenn sie von nachhaltigem Erfolge begleitet sein soll. *C. Berliner-Aachen.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1904. Band IV, Nr. 4.

Die gesunde Prostituierte, von H. Gillet-Paris. Verfasser plädiert für eine bessere persönliche Hygiene der Prostituierten. Auf der bei der Eintragung seitens der Polizei überreichten Karte, welche, wie der mitgeteilte Wortlaut zeigt, im allgemeinen fast nur sittenpolizeiliche Vorschriften aufzählt, möchte G. auch einige hygienische Mafsregeln verzeichnet wissen. Zum wenigsten sollte für jede Puella ein Irrigator und die sonstigen Erfordernisse für dessen Verwendung obligatorisch sein, so dafs die Betreffende sich wenigstens vor der Annahme eines weiteren Klienten jedesmal gründlich reinigen und desinfizieren könne.

Band IV, Nr. 5.

Die Sittenpolizei, von L. Butte-Paris. In diesem Artikel verwahrt sich Verfasser als überzeugter Reglementarist gegen die Auslassungen der Abolitionisten, namentlich eines Dr. Berthod. Die polizeiliche Aufsicht und der Zwang seien nötig, um die Prostituierten zur Untersuchung heranzuziehen, und jede unnötige Härte werde dabei vermieden.

Reglementierung, von H. Gillet-Paris. Mit schöner Rhetorik zeigt Verfasser, dafs die Syphilis als kontagiöse Erkrankung eigentlich die gleichen Mittel der Prophylaxe erheischt wie alle anderen Infektionskrankheiten. Wenn auch aus anderen Gründen die Durchführung dieser Forderung eine Utopie sei, so sollte sie doch vom ärztlichen Standpunkte die Grundlage bilden für die anzustrebenden Ziele.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle.

1904. Nr. 1.

Einige Betrachtungen über die Behandlung der chronischen Formen der Blenorrhoe, von Ravasini. Verfasser betont den geringen Wert (in den meisten Fällen) der chemischen Behandlungsmethoden der chronischen Blennorrhoe, hebt dafü

die Wichtigkeit der mechanischen Behandlung hervor und beschreibt diejenige, die er anzuwenden pflegt, welche in der Einführung von Beniquéschen Sonden besteht, die 30 oder mehr Minuten liegen bleiben. Dies ruft Kontraktionen der Urethralmuskeln hervor, welche den Fremdkörper auszustoßen streben; dadurch entsteht eine regelrechte Massage der Harnröhre, welche noch durch eine äußerliche Massage (durch den Patienten ausgeführt) unterstützt werden kann. Auf diese Weise kommt es zur Resorption der Infiltrate, die chemischen Mitteln nicht zugänglich sind. Zu diesem Verfahren greift der Verfasser entweder von vorne herein oder dann wenn ihm die Irrigation nach Janet oder die Guyonschen tiefen Instillationen nicht die erwünschten Resultate geliefert haben. Es stammt aus der Guyonschen Klinik, wo sie mit bestem Erfolge praktiziert wird. Einen großen Wert legt der Verfasser auf die Untersuchungen des Zustandes der Prostata, welche in zahlreichen Fällen mitergriffen ist. Auch da liefert die Massage (per rectum) die besten Resultate.

Über einen Fall von Lupus der Zunge, von Pelagatti. Verfasser weist zunächst auf die Seltenheit der Affektion an der Zunge hin, indem Leloir unter 312 Fällen von Lupus nur ein einziges Mal die Lokalisation auf der Zunge gefunden hat. In der Statistik des Verfassers (dermatologische Klinik von Parma) fand sich ein Fall auf 62. Derselbe betrifft eine 24jährige Frau, welche ausgedehnte lupöse Veränderungen des Gesichtes aufwies; auch auf den Gliedmaßen waren vereinzelte Herde zu sehen. Die Wangenschleimhaut ist frei, dagegen finden sich ausgedehnte lupöse Infiltrate auf dem Zahnfleisch, dem Gaumen; die Gaumenbögen sind retrahiert und narbig verändert, die Uvula ist verschwunden, die Epiglottis teilweise. Die ganze Zungenoberfläche ist mit Lupusknötchen überdeckt, von harter Konsistenz, vollständig schmerzlos auf Druck; ihre Funktionsfähigkeit erhalten. Der bioptische Befund bestätigte die klinische Diagnose. Die Behandlung der Zungenaffektion bestand in Aufpinselungen von Antimontrichloridlösung und Sterosal (gereinigter Gummilack 270, Benzoe 10, Tolubalsam 10, Phenol 180, Zimmtöl 6, Saccharin 6, Alkohol 1000), wodurch der Fortschritt der Affektion eingedämmt wurde und einzelne infiltrierte Partien zur Resorption gebracht werden konnten. Die affizierten Partien des Gesichts und der Glieder gelangten unter Anwendung der Unnaschen Antimontrichloridsalbe zur Heilung.

C. Müller-Genf.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1903. Heft 6.

Symptomatische Dermatitis infolge von syphilitischer Poliomyelitis, von Saraceni. Die 29jährige Patientin bemerkte ca. einen Monat, nachdem sie angefangen hatte, ein fremdes Kind zu säugen, eine Anschwellung an der Brustwarze; eine später hinzugetretene Kontinuitätstrennung blutete leicht, heilte aber nach zwei Monaten wieder ab. Gleichzeitig sollen nächtlich exacerbierende Knochenschmerzen bestanden haben. Eine Woche vor der Aufnahme in das Spital zeigten sich zunächst an den Händen und im Gesicht und dann in anderen Körpergegenden Bläschen, die sich mit gelblichen Krusten überdeckten. Die Eruption verbreitete sich rasch über den ganzen Körper trotz der eingeleiteten antiluetischen Behandlung. Bei der Aufnahme war die Haut der befallenen Regionen aufgetrieben, besonders im Gesicht, das stark gerötet war; die Phlyktänen waren sehr zahlreich an der vorderen Fläche des Halses und der Brust, auf den Handrücken, auf der Volarfläche der Vorderarme und an den Beinen, besonders in der Kniegegend; am Abdomen waren die eruptiven Elemente viel spärlicher und fehlten beinahe vollständig am Rücken. Allgemeine Lymphdrüseninfiltration. Stuporöser Zustand. Nach einigen Kalomel- und Sublimat-

injektionen trat die Eruption sehr rasch zurück, ebenso die Begleiterscheinungen (Kontraktion der Palmaraponeurosen, die Krämpfe an den unteren Extremitäten, Hyperästhesie, Gefühl von Kälte und Hitze), dagegen blieb noch einige Zeit eine Atrophie der Extremitäten zurück mit gespannter, glänzender Haut und desquamierender Hyperkeratose der Handteller. Verfasser nimmt an, daſs es sich um eine Affektion zentralen Ursprungs gehandelt hat, um einen spezifischen entzündlichen Zustand eines Rückenmarksabschnittes und der entsprechenden Vorderhörner und teilweise auch der Hinterhörner.

Hämatologische Untersuchungen bei einigen Dermatosen (Ekzem usw.), von Daccó. (Fortsetzung und Schluſs.) Aus den Untersuchungen des Verfassers geht hervor, daſs der hämatologische Befund zur Diagnose oder Prognose der angeführten Hautaffektionen nicht wohl verwertet werden kann, indem derselbe sowohl von einem Falle zum anderen nicht unbeträchtlich verliert, als auch bei den verschiedensten Dermatosen bald vorkommt, bald vollständig fehlt. Es kann höchstens zugegeben werden, daſs die Eosinophilie und die Abnahme der Alkalinität des Blutes als Ausdruck einer Toxicohämie aufgefaſst werden können. Zum Schluſs folgen noch einige Betrachtungen über die Symptomatologie der Arsenintoxikation und die hämatologischen Veränderungen bei derselben (Globulolyse, Vermehrung der Resistenzfähigkeit der roten Blutkörperchen gegenüber Salzlösungen, Abnahme der Alkalinität des Blutes).

Pemphigus und Pemphigoide, von F. Radaeli. (Fortsetzung und Schluſs.) Folgen noch zwei weitere Krankengeschichten, worauf Verfasser eine Zusammenfassung der Symptomatologie seiner Fälle, den hämatologischen Befund, das Resultat der Harnuntersuchung, die mikroskopische Beschreibung, den bakteriologischen Befund (auſser einigen pyogenen Staphylokokken, keine spezifischen Bakterien) mitteilt. In bezug auf die Pathogenese des Pemphigus und der pemphigusartigen Dermatosen hält er dafür, daſs die Dermatitis herpetiformis, der Pemphigus vegetans und foliaceus nicht von der Gruppe „Pemphigus“ losgetrennt und als selbständige Krankheiten aufgefaſst werden dürfen. Was die Ätiologie aller dieser Fälle anbelangt, so ist dieselbe offenbar keine einheitliche, indem die verschiedensten Pemphigusvarietäten durch ein und dasselbe pathogene Agens hervorgerufen werden können, wie auch anderseits verschiedene pathologische Ursachen eine und dieselbe Eruption verursachen können.

C. Müller-Genf.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases.

1904. Nr. 1.

1. **Über die Erhaltung des Hodens bei Nebenhodentuberkulose**, von Eugen Fuller-New York. Der Verfasser protestiert dagegen, bei tuberkulöser Erkrankung der Nebenhoden mehr als die kranke Epididymis selber zu entfernen. Die Hoden selbst, wenigstens aber einer der beiden, sind unter allen Umständen zu erhalten. Die Chirurgie muſs wie bei den Ovarien der Frau, so auch beim Testikel des Mannes ihren konservativen Charakter bewahren. Vom Hoden selbst hängt nicht allein die Potenz ab, sondern auch der ganze virile Charakter des Individuums, sowie die Gleichheit und Norm des Gemütslebens. Die Tuberkulose befällt ja auch fast nie den Hoden, sondern mit Vorliebe den Nebenhoden. In 95% der Fälle von Nebenhodentuberkulose ist der Hoden selbst frei. Und auch abgesehen davon ist die Entfernung des Nebenhodens und eventuell des Samenstranges fast stets ein völlig zur Heilung genügender Eingriff.

2. **Schankerbehandlung mit kombinierter Lichtbestrahlung**, von Corydon Eugen Rogers-Seattle. Der Verfasser vertritt den Standpunkt, daſs der Organismus

zur Zeit der Entstehung der syphilitischen Initialaffektion noch nicht infiziert ist. Aufserdem stellt er als Ergebnis seiner Beobachtungen fest, dafs auf einen syphilitischen Primäraffekt, den man kurze Zeit, nur wenige Minuten, radiographisch behandelt hat, keine sekundären Erscheinungen folgen. Diese Abortivbehandlung war in allen Fällen erfolgreich, die vor dem sechsten bezw. siebenten Tage bestrahlt wurden. Waren schon geschwollene Drüsen vorhanden und bestrahlte man diese eine kurze Zeit, so erzielte man ebenfalls das Freibleiben von sekundären Erscheinungen. Die Beobachtungen der Fälle erstreckten sich auf bis drei Jahre. Der Verfasser betont aufserdem, dafs es sich bei der Auswahl der bestrahlten Sklerosen nur um typische syphilitische Geschwüre gehandelt habe.

3. **Wann soll man mit der Behandlung der Syphilis beginnen?** von Howard Paxton Collings - Hot Springs. Der Verfasser warnt davor, eher als sich sekundäre Symptome, wie Ausschlag oder Drüsenschwellungen, zeigen, mit einer spezifischen Behandlung zu beginnen. Man kann es keinem, auch einem scheinbar typisch syphilitischen Geschwür mit Sicherheit ansehen, ob es wirklich ein spezifisches ist. Als Arzt in dem vielbesuchten amerikanischen Badeorte Hot Springs sieht er häufig Kranke, denen Kollegen wegen eines einfachen Geschwüres sofort „ein Bischen Quecksilber" gegeben haben und bei denen es später dem Arzt sehr schwer fällt, zu wählen zwischen dem Rat, mehr Quecksilber zu nehmen, oder dem, sich nicht mehr merkuriell behandeln zu lassen. Geschieht letzteres, so droht vielleicht die Gefahr späterer ernster syphilitischer Prozesse, geschieht ersteres, so werden vielleicht Kuren gegen eine Krankheit unternommen, die der Betreffende gar nicht hat. Letzteres ist dabei natürlich weniger schlimm als ersteres.

4. **Phosphaturie,** von W. H. Whitehead-Atlanta. Therapeutisch bemerkenswert ist die stete Anwendung von Salzsäure und Pepsin bei allen Fällen von Phosphaturie. Dabei erübrigt sich jede andere Behandlung, wie Blasenspülungen oder Injektionen, auch wenn die Salzausscheidungen noch so stark sind oder infolge derselben Harnröhrenausfluſs aufgetreten ist. Die vom Verfasser empfohlene Medikation ist folgende:

℞ *Ac. hydrochloric. dilut.* 90,0
Tinct. nuc. vomic. 45,0
Essent. pepsin. 105,0

MDS. 1—2 Teelöffel auf ein halbes Glas Wasser, unmittelbar nach jeder Mahlzeit zu nehmen.

Der Erfolg zeigt sich innerhalb weniger Tage und Rückfälle sind nur sehr selten zu beobachten.

5. **Sexuelle Perversität in Amerika,** von William Lee Howard - Baltimore. Die perverse Sexualempfindung kann entweder eine angeborene oder eine erworbene sein. Der Verfasser beschäftigt sich im vorliegenden Artikel nur mit ersterer. Die Ursache der Perversität sucht er in einer Störung der psychischen Entwicklung, die mit der reinen anatomisch-embryologischen nicht standhält. Die meisten Personen empfinden invers, d. h. gleichgeschlechtlich. Die Päderastie umfafst sowohl den aktiven Teil als auch das passive Individuum. Bei dem Vorhandensein femininer Bauart an einem männlichen Körper kann man nicht behaupten, dafs der Instinkt dieses Individuums pervers wäre; sein Zustand beruht folgerichtig auf der anatomischen Anomalie. Erst wenn letztere fehlt, kann man von „Perversität" reden. Diese ist aber therapeutischen Einflüssen zugänglich und betrug etwa 90% aller dem Verfasser vorgekommenen Fälle von Störungen der Triebart. Stets ist die Grundlage ein neuropathischer Zustand. Meist betrifft der Zustand Leute der intelligenten Klassen der Bevölkerung. Es folgt eine kurze Kasuistik.

6. **Das proximale Ende des Ureters**, von Byron Robinson-Chicago. Eine anatomische Betrachtung der Gebilde des Nierenhilus.

7. **Die Finsen-Behandlung**, von S. C. Martin-St. Louis. Die Anwendung der Finsen-Belichtung hält Martin für Lupus, Alopecia areata, Epitheliome der Haut, Acne vulgaris und Naevus vascularis für nutzbringend. Er erwähnt auch nebenbei die Zahl der Fälle von Pocken, bei denen es Finsen durch Verwendung roter Fensterscheiben und Abschluſs anderen als roten Lichtes von Kranken gelang, Heilungen ohne Suppurationsstadium, sekundäres Fieber und Narbenbildung zu erzielen. Es waren das gegen 150 Fälle von Variola. Es folgt eine Beschreibung der Technik der Finsen-Belichtung.

7. **Ein Bericht aus Molokai**, von E. S. Goodhue-Koloa Kauai. Molokai ist die Leprösenniederlassung auf Hawai. Die Gebäude zur Aufnahme und Behandlung der Leprakranken sind daselbst neuerdings erweitert worden; so hat man eine chirurgische Abteilung und eine Kinderabteilung geschaffen. Während des letzten Halbjahres 1903 kamen in Molokai 20770 ärztlich zur Beobachtung in Privatpraxis wie öffentlicher Behandlung. Davon waren 874 Lepröse. Zugang während des Halbjahres 62, nämlich 38 Männer und 24 Weiber. Todesfälle erfolgten 47 (32 Männer, 15 Weiber). Von den so zurückbleibenden 888 Leprakranken waren 797 Eingeborene von Hawai — 459 männlichen, 338 weiblichen Geschlechts —, ferner 43 Chinesen (40 Männer, 3 Weiber), 14 Portugiesen (12 Männer, 2 Weiber), 8 Amerikaner (7 Männer, 1 Weib). In der Niederlassung leben 140 nicht lepröse Personen, von denen 15 Weiſse sind; das sind die Beamten. Lepröses Fieber ist nichts Häufiges; wo es besteht, reibt es durch seine Dauer den Körper sehr auf. Ein neues Heilmittel glaubt man im Natronkakodylat, das bei relativ geringer Giftigkeit über 50% Arsenik enthält, gefunden zu haben.

9. **Das Ekzem vom Standpunkt des praktischen Arztes**, von W. W. Townsend-Rutland. Der Verfasser sucht eine Salbe anzugeben, welche für möglichst alle Fälle von Ekzem zu verwenden ist. Das sagt genug.

10. **Der Harnröhrentripper**, von Cornelius McKane-Savannah. Die Abhandlung ist eine von jenen Artikeln, die vielleicht in ein Repetitorium für junge Mediziner gehören, aber kaum in eine fachwissenschaftliche Zeitschrift. (Bemerkenswert erscheint die Angabe, daſs der Mann zu Tripper mehr disponiert sei als die Frau, eine Auffassung, die wohl täglich Widerlegung findet. D. Ref.)

11. **Beobachtungen über Finsenlichtbehandlung**, von H. John Stewart-Chicago. Nichts Neues oder Bemerkenswertes. *Hopf-Dresden.*

Bücherbesprechungen.

Les Tuberculoses cutanées atypiques (Tuberculides), von L. M. Pautrier. (C. Naud. Paris 1903.) In einer sehr übersichtlichen und an Literatur überaus reichen Monographie von 17½ Druckbogen stellt Pautrier in der Erkenntnis, daſs eine Vereinfachung der Terminologie recht not tut, ein neues Schema für die typischen und atypischen Hauttuberkulosen auf. Er steht auf dem Standpunkte, daſs man sich nicht mehr nach rein ätiologischen Begriffen dabei richten, daſs man nicht mehr bloſs einfach zwischen bazillenhaltigen und bazillenlosen und den durch Toxine entstandenen Eruptionen wählen könne, daſs man den Darierschen und Boeckschen Standpunkt, trotz seiner Modernität verlassen und sich vielmehr wieder an die klinischen Begriffe

wenden müsse, „mais en faisant état non plus d'un caractère isolé des lésions, mais de l'ensemble de leurs caractères de leur aspect et de leur évolution". Auf Seite 62 gibt Pautrier die Gesamtübersicht seines Schemas; danach trennt er von der typischen Hauttuberkulose die atypische Hauttuberkulose auf Grund ihrer „virulence moindre et son mode d'évolution plus bénin" ab. Für die letztere unterscheidet er die type nodulaire, type lichénoide, type en nappe und type angiomateux.

In diesem Schema bringt er die allenthalben aus der Literatur gesammelten einschlägigen Terminologien unter, und nach Besprechung der Ätiologie, Symptomatologie und der Entwicklungsart und weiterhin der pathologischen Anatomie schliefst er jedesmal die einschlägigen Beobachtungen der einzelnen Autoren und seine eigenen Fälle an, und handelt es sich um eine Sammlung von insgesamt 80 Fällen.

Es ist der Mühe wert, die vielseitige und höchst systematisch und übersichtlich geordnete Arbeit im Original nachzulesen. *Arthur Rahn-Collm.*

Les Maladies desquamatives: Pityriasis et Alopécies pelliculaires, von R. Sabouraud (Masson et Cie., Paris. 1904). Von Sabourauds grofsem, auf fünf Bände berechneten „Handbuch der Krankheiten der behaarten Kopfhaut" liegt nunmehr, ungefähr 1½ Jahre nach dem Erscheinen des ersten Bandes, der eine Beschreibung der seborrhoischen Affektionen enthält, der zweite, über 700 Seiten starke Band vor; derselbe hat die desquamierenden Krankheiten, die Pityriasis und die Schuppen-Alopecien, zum Gegenstand.

Mehr als ein Drittel des stattlichen Buches ist der Darstellung der Geschichte der Pityriasis gewidmet, und diese historische Studie, die an Ausführlichkeit und Vollständigkeit ihresgleichen in der Dermatologie kaum hat, bietet des Interessanten und Abwechslungsreichen gar viel. Haben sich doch seit Beginn unserer Zeitrechnung, also fast zwei Jahrtausende hindurch, Ärzte aller Völker mit dem Wesen und der Natur der durch Schuppenbildung charakterisierten Veränderung der Kopfhaut beschäftigt. Und das Resultat dieser Jahrhunderte hindurch fortgesetzten Arbeit ist, dafs die Ansichten sich immer verworrener gestalteten, die Frage immer unklarer, die Uneinigkeit unter den Dermatologen immer gröfser wurde. Nicht als ob immer neue Erklärungen und Theorien über den Charakter und die Bedeutung der Pityriasis aufgestellt worden wären, aus der ungeheuren Anzahl von Arbeiten, die sich mit ihr befassen, lassen sich vielmehr im wesentlichen nur sechs verschiedene Meinungen herausschälen: die eine macht aus der Pityriasis eine angeborene Mifsbildung, die zweite eine wohl charakterisierte Krankheit sui generis, die dritte ein Symptom mehrerer, unter einander verschiedener Hautaffektionen, die vierte, fünfte und sechste endlich eine Teilerscheinung der Seborrhoe, der Psoriasis und des Ekzems. Diese verschiedenen Anschauungen nun kommen im Laufe der Jahrhunderte immer wieder, werden verfochten und bekämpft und schliefslich vergessen, um dann über kurz oder lang mehr oder weniger verändert als neu wieder aufzutauchen. Vollständig verschwunden zu sein scheint in der letzten Zeit nur die eine Auffassung, der zufolge die Pityriasis eine selbständige Krankheit eigener Art ist.

S. nun hat es sich zur Aufgabe gestellt, womöglich definitiv zu entscheiden, welche Stellung der Pityriasis zukommt, und zwar zu entscheiden weniger auf Grund klinischer Studien — diese sind unzulänglich —, als auf Grund anatomischer und bakteriologischer, also experimenteller Untersuchungen; und er hat dieselben, um völlige Klarheit zu schaffen, nicht auf die Pityriasis beschränkt, sondern auch auf all die Affektionen ausgedehnt, denen von den verschiedenen Autoren die Pityriasis als Teilerscheinung zugewiesen worden ist. Aus dem Ergebnis dieser Untersuchungen zieht S. folgende Schlüsse:

Es gibt eine zumeist an den behaarten Regionen des Kopfes lokalisierte, aber

auch an der Sternalgegend der Brust und an allen übrigen behaarten Partien vorkommende chronische Hautkrankheit, die einzig und allein durch die Bildung trockener Schuppen charakterisirt ist und ohne alle entzündliche Erscheinungen verläuft. Diese Affektion, die infolge der Schuppenbildung, ihres oberflächlichen Sitzes, der Fortdauer an einmal befallenen Stellen, der langsamen Ausbreitung, der Häufigkeit von Rezidiven nach scheinbar eingetretener Heilung etc. grofse Ähnlichkeit mit einer Erkrankung der unbehaarten Haut, der Pityriasis versicolor aufweist, ist die Pityriasis capitis oder Pityriasis sicca oder simplex oder Willani. Sie ist allem Anscheine nach gleich der Pityriasis versicolor eine Mykose, verursacht durch einen spezifischen Epidermophyten, den von Malassez entdeckten Sporus, dessen Züchtung jedoch bisher noch nicht gelungen ist. S. schlägt für diesen Sporus den Namen Pityrosporum Malassez vor. — Während der gewöhnliche normale Typus der Pityriasis, die Pityriasis sicca, nur Schuppenbildung, aber keine entzündliche Reaktion, Rötung oder Exsudation aufweist, gibt es noch eine zweite Art, bei der es sich nicht mehr um Schuppenbildung allein handelt. Dieser zweite Typus ist die Pityriasis crassa, die Pityriasis mit anscheinend fettigen oder steatoiden Schuppen; fälschlich sehr oft als „squamöse Seborrhoe" bezeichnet, ist sie das Resultat einer oberflächlichen Staphylokokkeninfektion, die sich sekundär zur primären Infektion mit Malassezschen Sporen hinzugesellt. Die Verfettung der Schuppen ist nur eine scheinbare; in Wirklichkeit handelt es sich um eine „Impetiginisation", d. h. um eine seröse Infiltration der Schuppen. — Sowohl die trockene wie die steatoide Form der Pityriasis findet sich sehr oft gleichzeitig mit einer Seborrhoe; wo steatoide Pityriasis und Seborrhoe neben einander bestehen, hat eine dreifache Infektion stattgefunden, eine Infektion mit Malassezschen Sporen, mit Staphylokokken und mit den Mikrobazillen der Seborrhoe. Von diesen drei Arten von Mikrobien bewohnen die beiden ersten hauptsächlich die oberflächlich gelegenen Schuppen, die dritte ausschliefslich die Haarfollikel.

Die Pityriasis ist aufser mit der Seborrhoe vielfach mit der Psoriasis und mit den Ekzemen zu einer Krankheitsform vereinigt worden. Dagegen wurde bisher niemals auf die nahen Beziehungen, die zwischen der Pityriasis und der Impetigo bestehen, aufmerksam gemacht. Die steatoide Form der Pityriasis ist, wie erwähnt, stets das Resultat einer sekundär zu Pityriasis sicca hinzugetretenen Staphylokokkeninfektion, durch welche eine Art Impetiginisation der vorher trockenen Schuppen bewirkt wird; die Pathogenese der steatoiden Pityriasis zeigt demnach eine auffallende Übereinstimmung mit der Pathogenese der Impetigo.

Die Psoriasis ist eine wahrscheinlich durch äufsere Ursachen hervorgerufene Dermatose, die in ihren Symptomen und ihrer Entwicklung wohl grofse Ähnlichkeit mit der Pityriasis aufweist, sich von ihr aber doch in charakteristischer Weise unterscheidet. Wie anders die anatomische Untersuchung beweist, werden zahlreiche Fälle von Psoriasis fälschlicherweise zur Pityriasis, zu den Seborrhoiden (psoriasiforme Seborrhoide), sowie zum seborrhoischen Ekzem gerechnet. Und das, obwohl sich die Psoriasis durch die pathologisch-anatomische und die bakteriologische Untersuchung aufs schärfste umgrenzen läfst. Anatomisch ist die Psoriasis charakterisiert durch das eigentümliche Phänomen der „Exocytose", d. i. die Ergiefsung kleiner Gruppen von Leukocyten auf die Oberfläche der Epidermis; die Leukocytennester finden sich zwischen dicken Schichten verhornter Schuppen in grofser Anzahl sehr nahe bei einander. Diese Exocytose, die sich in der gleichen Weise bei keiner anderen Hautaffektion findet, stellt die Primärläsion der Psoriasis dar, sie fehlt bei keiner Form der Psoriasis; alle anderen psoriatischen Veränderungen sind sekundärer Natur. Der bakteriologische Charakter der Psoriasis ist, zurzeit wenigstens, lediglich ein negativer: in den psoriatischen Läsionen konnten bisher niemals Mikrobien nachgewiesen werden.

Die Differenzierung zwischen Pityriasis und Ekzem kann, da die Natur des Ekzems noch nicht bekannt ist, lediglich eine klinische und anatomische sein. Klinisch ist das Ekzem stets begleitet von entzündlichen Erscheinungen und funktionellen Störungen, wie sie bei Pityriasis nicht vorkommen. Anatomisch besteht zwischen dem Ekzem und der steatoiden Form der Pityriasis eine nicht zu verkennende Ähnlichkeit, denn beide Prozesse sind charakterisiert durch das Phänomen der Exoserose, d. i. durch den Austritt von seröser Flüssigkeit aus dem Derma in und selbst durch die Epidermis. Allein bei der steatoiden Pityriasis führt die Exoserose ausschliefslich zur Bildung mikroskopisch kleiner Bläschen unter der Hornschicht und zur serösen Infiltration der Schuppen, beim Ekzem dagegen entstehen infolge der Exoserose Bläschen und Ödeme zunächst nur in der Tiefe des Stratum Malpighi, die oberflächlichen Schichten der Epidermis werden erst sekundär in Mitleidenschaft gezogen.

So schildert S. das Wesen der Pityriasis, so grenzt er sie und von ihr all die Affektionen ab, mit denen sie verwechselt, denen sie angegliedert worden ist. Diese Feststellung des Wesens und der Grenzen der Pityriasis ist wohl das Wichtigste in dem reichen Inhalte des Buches, und deswegen ist sie hier so ausführlich wiedergegeben worden. Dagegen ist es schon mit Rücksicht auf den Raum unmöglich, auch den Gang der einzelnen Untersuchungen, deren Ergebnisse S. die Bausteine zur Errichtung seiner „Doktrin" lieferten, zu verfolgen. Es sei nur hervorgehoben, dafs es sich insbesondere um aufserordentlich eingehende histologische und bakteriologische Untersuchungen der verschiedenen Arten von Pityriasisschuppen, sowie der psoriatischen und ekzematösen Läsionen handelt, dafs daneben aber auch die klinischen Symptome und die Therapie der verschiedenen Formen von Pityriasis ausführlich und prägnant geschildert werden. Sowohl die experimentellen Untersuchungen wie die klinischen Schilderungen bringen eine Fülle des Neuen und Interessanten, so bezüglich des Verlaufs der Pityriasis, die nach den Beobachtungen S.s stets mit der Bildung kleiner scharf umschriebener Herde beginnt und sich ganz allmählich durch Vergröfserung und Konfluenz der einzelnen Herde ausbreitet, so bezüglich der bei Frauen vorkommenden Formen der Schuppen-Alopecien etc.; neu sind insbesondere auch die Befunde, die bei der histologischen Untersuchung der steatoiden Pityriasisschuppen gemacht wurden. Eine Teilerscheinung der steatoiden Pityriasis, ihre auf der Stirne an der Grenze der Behaarung sichtbare Manifestation nennt S. auffallenderweise Corona seborrhoica, eine Bezeichnung, die man da, wo eine reinliche Scheidung gerade auch gegenüber der Seborrhoe angestrebt wird, am wenigsten erwarten sollte. — Die Abbildungen, die das Buch in ziemlich grofser Zahl enthält, sind typographische Reproduktionen von Photographien mikroskopischer Präparate; sie sind zum grofsen Teile nicht scharf und daher auch nicht klar genug.

Die Auffassung S.s bezüglich der Stellung der Pityriasis, oder das Ergebnis seiner Untersuchungen theoretisch zu kritisieren, hat keinen Wert und keine Berechtigung. Eine Bestätigung sowohl wie auch eine Widerlegung dieser Auffassung im ganzen oder der einzelnen Untersuchungsresultate ist nur möglich auf Grund neuer experimenteller Forschungen. Und in Ermangelung solcher kann hier nur das eine betont werden, dafs die Auffassung S.s als sehr einfache und einheitliche und lückenlose imponiert. Jedenfalls aber ist das Buch, auch wenn die Theorie S.s sich nicht als richtig erweisen sollte, ein hochinteressantes und überaus wichtiges, das für jeden, der sich in Zukunft mit der Pityriasis befassen will, unentbehrlich sein wird. Der Standpunkt, den S. in der Frage bezüglich der Pityriasis einnimmt, ist zurzeit ein ganz exklusiver: Feinde ringsherum. Es ist sehr erfreulich, dafs S., der von grofsem, aber gewifs nicht unberechtigtem Selbstbewufstsein getragen ist, den Kampf zwar in recht scharfer, aber in durchaus nobler Weise führt; so läfst die Auseinandersetzung

mit Unna, dem der Kampf in erster Linie gilt, an Deutlichkeit und Schärfe nichts zu wünschen übrig, aber wenn er auch die Ansichten Unnas als durchaus falsch bekämpft, so erkennt er doch in wirklich vornehmer Art die Größe des Gegners an. — Das glänzend geschriebene Buch, das nach nicht viel mehr als Jahresfrist dem Erscheinen des die seborrhoischen Affektionen behandelnden ersten Bandes folgte, zeugt von einem Fleiße und einer Arbeitskraft, die ganz erstaunlich sind. Und wenn Sabouraud die Eigenschaft, die Carlyle als beweisend für das Genie erachtet, Unna zuerkennt, so wird sie ihm selbst füglich niemand streitig machen können.

Götz-München.

Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten, von E. Lang-Wien (J. F. Bergmann, Wiesbaden 1904). Wenn eine anerkannte Autorität wie Lang es unternimmt, aus dem reichen Schatze seiner Erfahrungen heraus ein Lehrbuch zu schreiben, so hat die Kritik leichte Arbeit. Es genügt, die Tatsache bekannt zu geben, und das Werk wird sich schon von selbst weiter empfehlen. Zur Orientierung sei deshalb hier nur bemerkt, daß das vorliegende Buch die naturgemäße Ergänzung des von demselben Verfasser vor zwei Jahren herausgegebenen bekannten Lehrbuchs der Hautkrankheiten darstellt, gewissermaßen eine Kondensierung seiner „Vorlesungen" über Syphilis und den venerischen Katarrh. Somit hat das Werk nicht nur für den Spezialisten, sondern auch in hervorragendem Maße für den in der allgemeinen Praxis stehenden Arzt seinen direkt praktischen Wert. Durch das alphabetische Register ist auch ein schnelles Orientieren in etwaigen zweifelhaften Fällen ermöglicht, während die Liste der Ordinationsformeln, um die Versuchung einer mechanischen Anwendung derselben zu beseitigen, so aufgestellt ist, daß sie nur im Anschluß an den Text verständlich wird. Auf die zahlreichen Einzelheiten, welche manchem Leser neu und ein Fortschritt sein werden, genauer einzugehen, dürfte hier zu weit führen. Anscheinend eine Äußerlichkeit, aber doch für die Anbahnung eines richtigen Verständnisses der Verhältnisse nicht ohne Bedeutung, ist die Ausmerzung der Ausdrücke „sekundäre" und „tertiäre" Syphilis, welche durch die Begriffe „irritative" und „gummöse" Produkte — mutatis mutandis — ersetzt sind. Ob man aber das ziemlich schwerfällige Wort „syphilitische Initialmanifestation" nicht kürzer, etwa wie sonst durch „primärsyphilid" wiedergeben könnte, ohne Mißdeutungen zu verursachen, scheint Ref. noch der Erwägung wert. Ferner möchte man fragen, ob die Tuberkulose der Testikel und Nebenhoden (S. 30) tatsächlich immer oder fast immer erst im Anschluß an eine Infektion der Blase und Prostata zustande kommt. Nach den neueren Publikationen auf diesem Gebiete erscheint diese Ansicht zum mindesten anfechtbar. Auf S. 77 ist von den Verdiensten Jadassohns um die Einführung des Ichthyols in die Dermatotherapie die Rede. Nach Ansicht des Ref. käme in dieser Hinsicht Unna in erster Linie eine Anerkennung zu. Betreffs der zahlreichen Abbildungen, welche dem Werke beigegeben sind, ist zu sagen, daß viele derselben geradezu künstlerisch schön sind und eine würdige Ergänzung des klassisch geschriebenen Textes bilden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. VII. Band: Venerische Krankheiten, Erkrankungen der Harn- und Geschlechtswerkzeuge, sowie der Haut. (Verlag von Gustav Fischer in Jena, 1903.) Von dem groß angelegten „Handbuch der Therapie innerer Krankheiten", welches Penzoldt und Stintzing herausgeben, liegt uns der siebente Band vor, welcher seinerseits wiederum in drei Abteilungen zerfällt: Venerische Erkrankungen; Erkrankungen der Harnwege und nichtvenerische Affektionen der Geschlechtsorgane, sowie schließlich Hautkrankheiten. Kopp beginnt das Buch mit einer „allgemeinen Prophylaxe der venerischen Erkrankungen". Vom gleichen Autor stammt auch die „Behandlung der Gonorrhoe

und ihrer Komplikationen". Gessner-Erlangen und C. Gebhardt-Berlin behandeln die „Behandlung der gonorrhoischen Erkrankungen des Uterus und seiner Nachbarorgane". Pick-Prag erörtert das Kapitel „Behandlung und Prophylaxe der venerischen Helkose und der Syphilis", während Evebsbusch-München den Tripper und die Syphilis des Auges beleuchtet. Der Primäraffekt des Auges kommt häufiger vor als das gewöhnliche venerische Geschwür. Er tritt in seinen drei Formen als Sklerose, Initialpapel oder Initialgeschwür auf. Abgesehen von der Brauengegend stellt sich besonders der innere Lidwinkel als Sitz primärer Syphilissymptome dar; seltener sitzt die Veränderung am unteren Lid, noch seltener am äufseren Lidwinkel, am Intermarginalsaum oder am oberen Lid, nur ganz ausnahmsweise erstreckt sie sich auf beide Lider. Die entsprechenden Lymphdrüsen schwellen sehr bald, es sind dies die vor dem Ohr, unter dem Kieferwinkel und am Hals gelegenen. Sie verhärten und sind meist indolent. Verfasser erzählt aus seiner Erfahrung, dafs sich ein Arzt durch Ausspritzen der Nase eines an spezifischer Ozaena leidenden Kranken einen Lidschanker zugezogen hatte. Holth hat auch zweifelsfrei die Möglichkeit des Auftretens eines Lidschankers durch Selbstansteckung nachgewiesen. In der Regel ist das primäre spezifische Geschwür der Lidgegend schmerzhafter als der Primäraffekt anderer Körperregionen; auch zeigt sich hier eine starke seröse Schwellung der benachbarten Bindehaut. Bemerkenswert ist auch die oft aufserordentlich lange Dauer des Primäraffekts am Auge. Derselbe kann zuweilen jahrelang bestehen bleiben. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten bieten dem Arzte die Bilder des Primäraffekts und des Carcinoms der Lider. Infolge spät einsetzender richtiger Diagnose führt die syphilitische Initialaffektion manchmal zu sichtbaren Defekten. — Es folgen Kapitel über Therapie der „diffusen Erkrankungen der Nieren" von Leube-Würzburg, über „Behandlung der Erkrankungen der Nieren und des Harnleiters (ausschliefslich der diffusen) von Wagner-Leipzig, über „Behandlung der bei Nierenkrankheiten vorkommenden Augenaffektionen von Evebsbusch, über „Therapie der Erkrankungen der Harnblase" von Kaufmann-Zürich und von demselben Autor eine „Behandlung der nichtvenerischen Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane". Die Therapie der Hautkrankheiten wird von Riehl, Eichhoff, Pick und Kopp abgehandelt, die Krankheiten der Haut des Gehörganges betrachtet Bürkner-Göttingen, die bei Dermatosen zu beobachtenden Hautaffektionen bespricht Evebsbusch vom therapeutischen Gesichtspunkte. Über die Behandlung des Ekzem des Ohres seien einige Notizen herausgegriffen. Bei leichtem pustulösen Ekzem akuten Charakters wird schon Pudern mit Magnesia usta, welche die Luft abschliefst, genügen. Dies Mittel ist anderen Pulvern vorzuziehen, die leicht verklebend wirken. Statt dieses einfachen Puders kann man auch verordnen:

Zinc. oxyd.	5,0
Alumin.	10,0
Magnes. ust.	85,0
(*sive Ac. salicyl*	2,0
Magnes. ust.	50,0)

Bei Schmerzen infolge entzündlicher Infiltration nehmen Kompressen von Bleiwasser oder essigsaurer Tonerde beide Erscheinungen am schnellsten fort. Krustöse Ekzeme erheischen Salbenbehandlung. Am besten nimmt man zuerst eine stark erweichende Salbe, wie 10prozentige Borsäuresalbe mit gelber Vaseline, doch bedarf es eines richtigen Verbandes, der täglich, später jeden zweiten Tag zu wechseln ist. Die Borsalbe wirkt besser als die oft empfohlenen Lapispinselungen; höchstens kommt als Ersatz ersterer das Naphtalan in Betracht, das auch schmerzstillend zu wirken scheint. Für Gehörgang-Ekzeme gilt diese Borsäurevaseline ebenfalls in erster Linie,

doch stillt man das hier besonders lästige Jucken vorteilhaft mit 5—10prozentiger Lapislösung, halbprozentiger Sublimatlösung oder am besten mittels 2proz. Thymolspiritus; unter Umständen wirkt auch der fünfmal verdünnte Liquor. Alum. acet. jucklindernd. Von ursächlicher Wichtigkeit ist vor allem diätetische und andere interne Therapie. *Hopf-Dresden.*

Krankheiten und Ehe. Darstellung der Beziehungen zwischen Gesundheitsstörungen und Ehegemeinschaft, bearbeitet und herausgegeben von H. Senator und S. Kaminer-Berlin. Die Idee, die Beziehungen der Krankheiten zur ehelichen Gemeinschaft in einem umfangreichen Werke wissenschaftlich gründlich zu beleuchten und zu erörtern, ist eine sehr glückliche. Den Herausgebern Senator und Kaminer gebührt dafür aufrichtige Anerkennung. Der Verleger hat dementsprechend dem Werke, dessen erste Abteilung heute vorliegt, eine vornehme, gediegene Ausstattung gegeben, wie man sie von dem trefflichen Münchener Verlage J. F. Lehmann nicht anders gewöhnt ist. Vor allem ist der grofse, deutliche, das vielgeplagte Auge des Arztes schonende Druck in besonderem Mafse zu loben. Den Herausgebern ist es gelungen, einen Stab bekannter Fachmänner zur Mitarbeit heranzuziehen. So werden folgende Autoren in nachbenannten Kapiteln als Mitarbeiter tätig sein: Leyden — Krankheiten des Gefäfsapparates und Ehe; Ewald — Krankheiten der Verdauungsorgane und Ehe; Hoffa — Krankheiten der Bewegungsorgane und Ehe; Ledermann — Hautkrankheiten, sowie Syphilis und Ehe; Neisser — Trippererkrankungen und Ehe Posner — anderweitige Krankheiten der Harnwege, sowie physische Impotenz und Ehe; Eulenburg — Nervenkrankheiten und Ehe, und andere mehr. Die vorliegende erste Abteilung stellt den allgemeinen Teil dar, dessen Abhandlungen ganz hervorragendes Interesse beanspruchen. Senator führt in das Buch ein und übergibt das Wort zuerst dem Münchener M. Gruber, der die „Hygienische Bedeutung der Ehe" erörtert. Die Natur, welche mit Erfüllung des Fortpflanzungstriebes die höchsten Lustempfindungen verband, hat damit einerseits dafür gesorgt, dafs die Fortpflanzung des Geschlechts nicht ersterbe, anderseits aber damit auch bedenkliche Gefahren gezeitigt, die sowohl dem Menschen, der dem Triebe nachgeht, selbst, als auch seinen Nachkommen drohen. Zwar vernichtet die Natur das Minderwertige wieder, aber sie tut dies auf Kosten der Familie, des Stammes, des Volkes, dem diese Auswahl wiederum materielle und seelische Opfer kostet. Soll dies vermieden werden, so mufs der Geschlechtstrieb in Regeln gebunden werden. Solch eine Schranke bildet die Ehe. Unsere monogame Ehe stellt in dieser Hinsicht moralisch wie hygienisch das Ideal dar. Die Gesundheit der Gatten wird durch sie gehoben, ihr Leben verlängert. Das gilt ohne Einschränkung für die Männer über 20 Jahre, während es für die Frauen erst vom 40. Jahre an gültig ist, wenn die Gebärzeit vorüber ist. Nicht in dem regelmäfsigen Ausüben des Beischlafs liegt diese Längerlebigkeit begründet — dieser wird von Ledigen vielleicht ebensooft ausgeführt —, sondern in dem geordneten, regelmäfsigen Leben, der gröfseren Enthaltsamkeit von geistigen Getränken und der relativen Seltenheit geschlechtlicher Ansteckungen. Vergessen werden darf dabei aber auch die Tatsache nicht, dafs Ehen in der Regel ja nur sanitär Vollwertige eingehen, Krüppel aber, Schwachsinnige, Lahme, Blinde usw. Ehen meist nicht eingehen. Ein grofses Schutzmittel stellt die Ehe für die Nachkommenschaft dar. Die ehelichen Kinder haben schon vom Mutterleibe an die besten Aussichten auf die gesundheitlich günstige Entwicklung. Die Mutterbrust und eine vernünftige Pflege, auch sonst ausreichende Ernährung und geistige Anregung sind ihnen gewifs. Von 1000 Geburten kamen Totgeborene in Italien 39 auf eheliche, 51 auf uneheliche Kinder, in Frankreich 44 bezw. 74, in den Niederlanden 44 auf eheliche, 81 auf uneheliche Kinder, in Finnland sind diese Zahlen 26 bezw. 47. Der Geschlechtsverkehr darf nur reifen,

gesunden Erwachsenen gestattet werden. Zu jung Heiratende zeigen eine erhöhte Sterblichkeitsziffer. In Oldenburg starben 1876—1885 von 1000 ledigen Männern zwischen 15 und 20 Jahren 6,2 vom Hundert, von 1000 Verheirateten aber 8,7. Bei den Frauen stellten sich die Zahlen auf 5,7 und 6,2. Die körperliche Beschaffenheit der Eltern ist ausschlaggebend für deren Nachkommenschaft. Auch sind die Kinder von auffallend jungen Eltern häufig lebensschwach; dasselbe gilt für hochbetagte Eltern. Was die Zahl der Nachkommen anbelangt, so ist zu bedenken, dafs der Körper einer Mutter in einem für spätere Kinder schädlichen Mafse beeinflufst wird, wenn die Zahl der Schwangerschaften zu grofs und die Zwischenzeit zwischen solchen zu klein ist. Jüngere Kinder aus Ehen mit grofser Kinderzahl pflegen gewöhnlich schwächer zu sein als ihre älteren Geschwister. Dies beruht sowohl auf der oben erwähnten Schwächung des mütterlichen Organismus, als auf ökonomischen Ursachen, insofern als mit wachsender Familie der Unterhalt für die Eltern immer schwieriger, mühsamer sich gestaltet. Viele Krankheiten der Eltern schädigen die Kinder, so chronische Metallvergiftungen, Lues, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Nervenleiden, Alkoholismus und Morphinismus. Manche pathologische Anlagen erben von Geschlecht auf Geschlecht fort, sie beruhen wohl auf spezifischer Fehlerhaftigkeit der Keimstoffe. Auch latente Vererbung kommt vor mit Überspringung eines Geschlechts (Atavismus). Die Degeneration der Keimstoffe hat vielfach auch wie die Geisteskrankheiten das Auftreten gewisser Degenerationssymptome im Gefolge. Auch die Neigung zur Erkrankung an bestimmten Stoffwechselströmungen vererbt sich vielfach. Auch Bildungsfehler können erblich übertragen werden. Darauf beruht die Gefahr der Inzucht, weil sich durch diese alle vorerwähnten Bedrohlichkeiten erhöhen und steigern. Das wichtigste bei der Ehe ist darum die Wahl des Gatten. Orth-Berlin erörtert das Kapitel „Angeborene und ererbte Krankheiten und Krankheitsanlagen"; Kraus Berlin die „Blutsverwandtschaft in der Ehe und deren Folgen für die Nachkommenschaft"; Havelburg-Berlin behandelt „Klima, Rasse und Nationalität in ihrer Bedeutung für die Ehe". Einer kurzen Schlufsbetrachtung Kossmanns-Berlin über „Menstruation, Schwangerschaft, Wochenbett, Laktation und ihre Beziehungen zur Ehe" geht eine Besprechung P. Fürbringers-Berlin über die „Sexuelle Hygiene in der Ehe" voraus.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Über Syphilis im Altertum, speziell in China und Japan, von Tokujiro Suzuki. (Inaug.-Diss., Rostock 1903.) Ausführliche Mitteilungen aus der alten Literatur der Juden, Inder, Griechen, Römer und speziell der Japaner und Chinesen über die Stellen, die auf präkolumbianische Syphilis bezogen werden können. Verfasser kommt aber zu dem Schlusse, dafs sich nirgends ein Beweis für alte Syphilis findet, sondern dafs die Krankheit durch die Leute des Kolumbus aus Amerika nach Europa gebracht wurde, und von da auf dem Seewege nach China und so nach Japan kam.

F. Hahn-Bremen.

Augenblicklicher Stand des Kampfes mit der Syphilis in Rufsland, von A. Rosenquist. (Moskau 1903.) Mit sehr genauer Berücksichtigung der gesamten Literatur gibt Verfasser in einer längeren Arbeit einen Überblick über das, was in Rufsland zur Bekämpfung der Syphilis geschehen ist. Nach einer kurzen Einleitung betrachtet Verfasser die von ihm gestellte Aufgabe in vier grofsen Kapiteln, welche folgende Überschriften tragen: I. Die Registration der Syphilitiker, II. Art und Weise der Ausbreitung der Syphilis unter der Bevölkerung, III. Mafsnahmen zur Verhütung der Syphilis unter der Bevölkerung, und IV. Organisation der ärztlichen Hilfe. Ein kurzes Schlufswort, ein genaues Literaturverzeichnis und einige Tabellen beschliefsen das Werk. Aus dem reichen Inhalt desselben sei nur auf einige Punkte hingewiesen. Sowohl aus Gründen der Registration der Syphilitiker, als auch Gründen der Behandlung hält es der Verfasser für wünschenswert, dafs der Radius der ärztlichen Bezirke auf dem Lande nicht über 10—15 Werst betrage. Zu einer sicheren Statistik über das Vorkommen der Syphilis in den Städten gehört entschieden die Mitberücksichtigung der privaten von den Ärzten behandelten Kranken, wie das in Deutschland durch die stattgefundene Enquête bereits geschehen ist. Unter der Landbevölkerung scheint die extragenitale syphilitische Infektion die vorwiegende zu sein, da sie nach Dr. Liepschütz im Minskschen Gouvernement 72,7%, nach Dr. Generopitomzew im Tschernigowschen Gouvernement 83,4% und nach Dr. Pluschkin im Pleskonschen Gouvernement gar 90,0% aller Infektionen ausmacht. Aber auch in den Städten ist der Prozentsatz der extragenitalen Infektionen ein hoher, denn nach Dr. Krassnoglasow beträgt er z. B. für Moskau 8,3—11,4%. Unter den letzteren bilden die Mandelinfektionen die Hälfte aller Fälle.

Hinsichtlich der Behandlung spricht sich Verfasser für eine solche in Hospitälern mit Ambulatorien aus, in denen die für die Ansteckung gefährlicheren Formen aufgenommen werden müfsten und nur die weniger ansteckenden, nicht nässenden Formen ambulatorisch behandelt werden sollten. *Arth. Jordan-Moskau.*

Die Vielgestaltigkeit des syphilitischen Schankers der Mandel, von Bellissen-Lyon. (*Méd. orient.* 1903. Nr. 1.) Der Artikel verweist auf den Wert, den wochenlang bestehende Schlingbeschwerden für die Diagnose der Tonsillarsyphilis haben. Darauf hat zuerst Garel wiederholt aufmerksam gemacht. Es ist dies Symptom um so wichtiger, als die klinischen Eindrücke bei dieser Affektion sehr wechselnde sind, und nicht bei jeder Mandelaffektion gleich an eine spezifische Sklerose gedacht wird. Vor einiger Zeit wurde in einer wissenschaftlichen Zeitschrift ein Fall von doppelter Sklerose der Tonsillen berichtet, bei dem in Verkennung der Natur des Leidens eine beiderseitige Tonsillotomie vorgenommen worden war. Vierzehn Tage darauf bewies die auftretende sekundäre Roseola den Fehler der Diagnose und der Therapie. *Hopf-Dresden.*

Die Primäraffekte am Kinn, von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 42.) Beschreibung eines Falles von doppeltem Primäraffekt am Kinn; die Infektion war durch ein Rasiermesser vermittels zweier, beim Rasieren gesetzter Schnittwunden erfolgt. Schon 38 Tage nach der Infektion war ein starkes, kleinmakulöses Exanthem bei dem Kranken vorhanden. Solch ungewöhnlich rapiden Verlauf hat J. schon wiederholt bei Syphilisfällen gesehen, die durch infizierte Instrumente u. dgl. übertragen worden waren. *Götz-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 38. No. 10. 15. Mai 1904.

Zur Frage der sogenannten gutartigen sarkoiden Bildungen der Haut (BOECK).[1]

Von

Priv.-Doz. Dr. P. A. PAWLOFF-Moskau.

Mit einer Farbentafel.

Die in den letzten Jahren von SPIEGLER (1), C. BOECK (2), FENDT (3) und anderen beschriebenen sog. sarkoiden Bildungen der Haut, welche sich durch ihren mikroskopischen Bau, Verfahren und Prognose von den echten Sarkomen der Haut unterscheiden, stellen auch, wie die letzteren, kein einförmiges histologisches und klinisches Bild vor, einzelne Fälle unterscheiden sich sogar sehr bedeutend.

Bei solchem Verhalten der Dinge ist ein jeder neue Fall dieser sog. sarkoiden Bildungen der Haut bezüglich genauester Beschreibung von Wert, indem er das allgemeine Bild von der einen oder anderen Seite besser beleuchtet; deshalb wage ich es auch, einen im Verlauf mehrerer Jahre beobachteten Fall zu beschreiben.

N. W. B., 25 Jahre alt, Buchhalter, kam zu mir zuerst am 15. April des Jahres 1895.

Anamnesis. Vater ist in hohem Alter gestorben. Mutter ist am Leben und bis jetzt gesund. Bruder und sechs Schwestern sind ganz gesund. Selbst der Kranke war bis zu dieser Stunde nie ernst unwohl. Lues hatte er nicht. Das Erkranken der Haut an dem linken Beine wurde zuerst im Jahre 1893 bemerkt. Im Anfange zeigten sich an dem linken Unterschenkel, nach der Angabe des Patienten, rotbraune Flecke von unbedeutender Gröfse, ganz schmerzlos und deshalb vom Kranken nicht weiter beachtet. Danach stellten sich in der Gegend der Flecke eine starke Anschwellung und Ödem des ganzen mittleren Drittels des Unterschenkels ein. Der Kranke konnte durch Fingerdruck die Entstehung

[1] Ausführlich beschrieben im *Russischen Journale der Haut- und venerischen Krankheiten*, 1903.

von charakteristischen Grübchen hervorrufen, und ausserdem machte sich ein ziemlich heftiger Schmerz bei event. Stöfsen fühlbar. Am Anfang des Jahres 1895 erschienen Knoten an dem linken Schenkel, welche, wie früher, dem Kranken keine Ursache boten, deshalb sich an den Arzt zu wenden. Nur die Ende März 1895 entstandenen Geschwüre am linken Oberschenkel zwangen ihn, mich zu konsultieren.

St. praesens. 15. Mai 1895. Der Kranke ist nicht grofs, gut gebaut und genügend ernährt, fühlt sich ganz gesund, ausser einer unbedeutenden Anämie. Die Untersuchung des Zustandes der inneren Organe, sowie die Analyse des Urins ergaben verneinende Resultate. Alle Hauterkrankungen lokalisieren sich nur an dem linken Beine und verteilen sich in folgender Weise:

Der Unterschenkel, wo sich hauptsächlich die krankhaften Erscheinungen lokalisieren, ist an seiner ganzen Peripherie ungefähr in den Grenzen des mittleren Drittels etwas unregelmäfsig angedrungen und stark angeschwollen, weshalb der befallene Teil des linken Schenkels eine bedeutendere Dicke hat, als der entsprechende Teil des rechten Unterschenkels. Die vom krankhaften Prozefs veränderte Haut hat ein gespanntes Aussehen, glänzt etwas, und man kann sie nirgends in einer Falte abheben. Unten, 5 cm von den Malleolen entfernt, ragt der an seiner ganzen Peripherie ödematös infiltrierte Teil des Unterschenkels über den niedriger liegenden gesunden Teil hervor und teilt sich von ihm scharf ab. Von oben ist die Grenze der Veränderung unregelmäfsig abgezeichnet; von vorne reicht sie ziemlich weit in das obere Drittel des Unterschenkels, hinten aber und an den Seiten beschränkt sie sich auf das mittlere Drittel, indem hier keine so scharfe Grenze wie unten zwischen gesundem und verletztem Teile bemerkbar ist. Ein ziemlich grofser Teil der veränderten Stelle ist von zahlreichen flachen Knoten eingenommen, und zwar solchen von der Gröfse einer Bohne, Waldwallnufs oder noch gröfser, von ziemlich derber Konsistenz, aber nicht sehr fühlbar durch die geschwollene Haut. Man kann sich leicht überzeugen, dafs die Knoten hauptsächlich die tiefen Schichten der Haut und des Unterhautzellgewebes einnehmen. Einige Knoten bleiben isoliert, andere verschmelzen sich zu drei bis vier und bilden dichte Infiltrationen, welche an den benachbarten Stellen stärker hervorragen; dadurch gewinnt der veränderte Teil des Unterschenkels auch ein etwas höckeriges Aussehen. Ältere Knoten, welche schon zu verschwinden angefangen haben, hinterlassen im Zentrum bemerkbare grübchenartige Vertiefungen und eine weit geringere Derbheit, als an der Peripherie; dabei kann man in den den Knoten entsprechenden Vertiefungen sehr intensive, bis Fingernagel grofse, dunkelbraune Pigmentflecke sehen. Diese letzten, wie es sich erweist, sind von einer dünnen Schicht aus lockeren, seidenartigen, weifsen Hornplättchen bedeckt, welche

sich sehr leicht beim Abschaben lösen, und die darunterliegende Haut zeigt dann eine unbedeutende oberflächliche Atrophie. Die jüngeren Knoten haben eine ziemlich bedeutende Derbheit, sowohl in den Zentral-, wie auch Peripherieteilen. In den erhabensten Zentralteilen dieser Knoten befinden sich dunkelbraune Flecken von Linsen- bis Nagelgröfse; hier zeigt die Hornschicht ein gewöhnliches trockenes Aussehen. Nur im Zentrum befinden sich einige Flecke, wo man durch Abschaben am abgegrenzten Raume ein ziemlich reiches Abteilen sehr dünner, zarter Hornplättchen hervorrufen kann, wonach ein solcher Fleck dann das Aussehen einer kleinen Kokarde bekommt. An den Stellen im mittleren Drittel des Unterschenkels, wo es keine Knoten, sondern nur eine Schwellung gibt, kommen zahlreiche gelblichbraune Flecke verschiedener Intensivität vor, infolgedessen die Haut ein etwas atrophisches Aussehen erhält.

Die ganze veränderte Stelle ist überhaupt mit einer trockenen Hornschicht bedeckt, welche bei einigen der gröfsten Knoten und Infiltrate eine mäfsige Schälung von grofsen Platten zuläfst; sie unterscheidet sich aufserdem — besonders bei einigen Knoten — durch eine ziemlich merkbare purpurrote Schattierung, welche im Zusammenhang mit sehr zahlreichen baumartigen Ektasien der kleinsten Venengefäfse steht.

Wie die Knoten, so unterscheiden sich auch die Infiltrate durch vollkommene Schmerzlosigkeit.

An der vorderen Fläche des Unterschenkels in den Zentralteilen zweier nicht grofser Knoten befinden sich zwei oberflächliche begrenzte Geschwüre von Linsengröfse, welche sich durch trockenes Aussehen ihres glatten Grundes unterscheiden. Hinten, innen an der Wade, befindet sich ein drittes Geschwür von der Gröfse eines Dreikopekenstückes und nicht ganz regelmäfsig runder Form, welches dem Zentralteile eines der gröfsten zerfallenen Knoten entspricht. Dieses Geschwür hat einen trockenen, nicht ganz ebenen, gräulichen Grund, ist gegen das Zentrum etwas vertieft und an den Rändern scharf abgeschnitten. Von der Oberfläche des Geschwürs löst sich in unbedeutender Menge eine durchsichtige seröse Flüssigkeit ab, ähnlich wie bei gummösen Geschwüren.

Etwas höher über dieser eben beschriebenen diffusen Veränderung an dem ganzen oberen Drittel des Unterschenkels sieht man etwa 20 rundliche gelbliche und dunkelbraune Pigmentflecke von Nagelgröfse, entweder isoliert oder zusammengeschmolzen auf der Hautoberfläche. Entsprechend diesen Flecken erscheint die Haut entweder ganz normal oder etwas atrophiert. Nur an der äufseren Fläche des oberen Drittels des Unterschenkels befindet sich ein einzelner, sehr flacher weicher Knoten, ca. Dreikopekenstück grofs und von bräunlichroter Farbe; er ist mit einer trockenen, etwas sich schälenden Hornschicht bedeckt und von einem dunkelbraunen Pigmentreifen umgeben.

In der linken Kniegrube finden sich einige dunkelbraune, erbsengroſse Flecke, bei denen man derbe, scharf abgegrenzte Knötchen durchfühlen kann, welche in den tieferen Schichten der Haut liegen und die Gröſse eines Hanfkornes haben.

Oberschenkel. Innerhalb des letzten Drittels über der Kniegrube befindet sich ein flacher, scharf begrenzter ovaler Knoten von Mandelgröſse bläulichroter Farbe, welcher durch Verschmelzen zweier einzelner Herde entstanden ist. Dieser Knoten von bedeutender Derbheit lokalisiert sich hauptsächlich im Unterhautzellgewebe und in den tieferen Schichten der Haut; dagegen befinden sich in den oberen Schichten, ziemlich frei über dem Knoten beweglich, drei derbe Knötchen von Hanfkorngröſse und rotbrauner Farbe, mit trockener Horndecke. Durch Betasten ist leicht zu erkennen, daſs diese Knötchen durch dünne Verbindungen sich unmittelbar mit dem tieferliegenden groſsen Knoten vereinigen und mit ihm also ein Ganzes ausmachen.

An der hinteren Fläche des Schenkels über der Kniegrube in den tiefsten Schichten der Haut befindet sich ein derber, scharf begrenzter Knoten, von Erbsengröſse, der eine normale Hautfarbe hat.

An der äuſseren hinteren Fläche des Oberschenkels — an der Grenze des mittleren und unteren Drittels — befindet sich eine scharf begrenzte flache Derbheit der Haut von intensiv purpurroter Farbe und der Gröſse eines Fünfkopekenstückes, mit einer sich etwas schälenden Hornschicht bedeckt. In diesem dichten Infiltrate kann man einzelne linsengroſse Knötchen durchfühlen.

An dem inneren mittleren Teile des Schenkels finden sich benachbart drei tiefe, scharf begrenzte und stark derbe Knoten von Erbsen- bis Wallnuſsgröſse und purpurroter Farbe. Der mittlere Teil jedes dieser tiefen Knoten vereinigt sich mit den entsprechenden oberflächlichen Knoten ähnlich wie es schon oben beschrieben ist.

Die Oberschenkeldrüsen an der linken Seite sind zum völligen Paket, fast wie ein Hühnerei vergröſsert, sie sind sehr derb und schmerzlos. Die Leistendrüsen links zeigen nur eine unbedeutende Derbheit und Vergröſserung. Die anderen Lymphdrüsen sind garnicht vergröſsert.

Zur mikroskopischen Untersuchung erlaubte der Kranke nur, einen Knoten von der inneren Fläche der Mitte des Oberschenkels auszuschneiden. Die Wunde heilte nach angelegten Nähten per primam intentionem. An dieser Stelle wurde nachher kein Rezidiv der Knötchen beobachtet.

Die Gemeinschaft solcher allgemeiner Zeichen, wie die bedeutende Zahl der Knoten, welche dem Äuſseren nach die Ähnlichkeit mit Sarcom der Haut haben, die unbedeutende Neigung Geschwüre zu bilden, der äuſserst langsame Verlauf der Krankheit bei befriedigendem allgemeinen Zustande des Kranken, welcher die Zweifeln bezüglich Tuberculosis und

Syphilis ausschloſs — und teilweise die Resultate der noch damals vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung —, alles das lieſs mich schon damals vermuten, daſs es sich hier um eine von KAPOSI (4) beschriebene Form von Sarcomatosis der Haut handelte.

Auf Grund der günstigen Resultate, welche KOEBNER (5), SAMTER (6), LASSAR (7), später auch Prof. POSPELOFF (8) beim Kurieren einiger Formen von Sarcomatosis der Haut mit Arsenik erhielten, wurde dem Kranken zur Probe Sol. arsenic. Fowleri in gewöhnlicher Dose verordnet. Aber da schon nach einer Woche ein unbedeutendes Abblassen der allgemeinen purpurnen Schattierung zu bemerken war, auſserdem auch eine Verminderung des Ödem der dichten Veränderung des Unterschenkels, so wurden vom 22. April ab asiatische Pillen gegeben, und zwar anfangs zweimal täglich. Als Ortsmittel für die Geschwüre wurde Europhen angewendet.

15. Mai. Der Kranke nimmt jetzt vier Pillen täglich ein. Die Derbheit der völligen Veränderung des Unterschenkels hat derart abgenommen, daſs man an einigen Stellen die Haut in Falten abheben konnte. Einzelne Knoten des Unter- und Oberschenkels haben auch merkbar abgenommen und sind weicher geworden. Das Verschwinden des dichten Infiltrates und der Knoten wurde überall von einem mehr oder weniger bedeutendem Abschälen grosser Platten der Hornschicht begleitet. Die zwei kleineren Geschwüre an der vorderen Fläche des Unterschenkels sind geheilt. Das groſse Geschwür an der inneren Seite des Schenkels aber fing an sich zu reinigen und an den Rändern zu heilen. Am oberen Rande bildete sich zu dieser Zeit ein Fistelgang, welcher nach oben in das Unterhautzellgewebe auf 2 cm ausging. Aus dem Fistelgange löste sich ein wenig halbdurchsichtige, gummiartige Flüssigkeit. Dieser Gang ist mit einer ziemlich groſsen Höhle verbunden, welche sich unlängst dank dem Zerfallen eines dem Geschwüre höherliegenden Knotens bildete. Nach Öffnen des Fistelganges und der Höhle selbst erhielt man ein genau so aussehendes Geschwür wie das niedriger gelegene, nur mit mehr unebenem Grunde.

20. Juni. Nimmt täglich acht Pillen. Überall setzt das Abnehmen einzelner Knoten und völlige Verletzung des Unterschenkels fort. Das Ödem des Unterschenkels ist weit weicher. Die Schälung ist geringer, Pigmentflecke sind überall schwächer geworden. Die blaupurpurne Schattierung des Unterschenkels und einzelner Knoten ist auch abgeschwächt. An der Peripherie der völligen Derbheit der Haut auf der hinteren Fläche des Oberschenkels, welche jetzt zu verschwinden angefangen hat, erschienen unlängst viele neue oberflächliche hanfkorn- oder linsengroſse Knötchen von purpurroter Farbe; sie verteilen sich ziemlich dicht, so daſs sie miteinander oder mit der früher entstandenen Derbheit zusammen-

fliefsen und im ganzen mit der letzteren etwa eine hohlhandgrofse Fläche einnehmen.

Der ganz am Anfange beobachtete Teil des grofsen Geschwürs heilte in dieser Zeit ziemlich fest, wobei er eine oberflächliche Narbe nachliefs. Aber der Teil des Geschwürs, der nachher entstand, behält ein gräulich-talgiges mattes Aussehen, sein Grund fängt an, einen vegetierenden Charakter anzunehmen und wird noch mehr uneben.

22. Juli. Nimmt täglich 10 Pillen. Die früheren Bildungen verschwinden überall weiter. Die neuentstandenen Knötchen an der hinteren Fläche des Oberschenkels sind schon bis zur Hälfte verschwunden, wobei die Haut hier ein etwas verdünntes Aussehen und bräunliche Schattierung annimmt. Das Geschwür des Unterschenkels wurde ebener und lebendiger, der Grund ist aber über den Rändern noch etwas angeschwollen. Das Ödem des Unterschenkels hält sich vorzüglich an dem unteren Teile der völligen Veränderung und rings um das Geschwür.

29. Juli. Benachbart der unteren Grenze der allgemeinen Veränderung des Unterschenkels — an den bisher gesunden Stellen — erschienen in den tiefen Schichten der Haut einige neue flache Knoten von purpurroter Farbe und der Gröfse einer Wallnufs.

8. August. An dem Fufsrücken erschienen drei neue flache Knoten, genau solche, wie die unlängst an dem Unterschenkel erschienenen.

2. September. Nimmt die ganze Zeit zehn Pillen täglich. Die Schwellung des Unterschenkels bleibt ohne Veränderung. Das Geschwür hat bis zur Gröfse eines Dreikopekenstückes abgenommen, der Grund wurde mit den Rändern gleich eben. Die meisten von den früheren Knoten des Unterschenkels sind verschwunden, wobei sie gelblich-braune Flecke hinterliefsen. Nur an dem unteren Teile der völligen Veränderung bleiben einige nicht scharf begrenzte Knoten nach. Das Geschwür des Unterschenkels ist fast ohne Veränderung. Die neuen Knoten an dem Unterschenkel und Fufsrücken verschwinden sofort, wobei sie eine intensiv dunkelbraune Pigmentierung hinterlassen. Die Knoten an dem Oberschenkel und das flache breite Infiltrat sind fast verschwunden. An der Stelle der verschwundenen Knoten des Oberschenkels zeigt die Haut eine rotbraune Farbe mit bläulicher Schattierung und hier und da eine begrenzte kleienartige Schälung. Die Drüsen im linken Oberschenkelkanale haben bedeutend abgenommen, sind weniger derb geworden und stellen kein völliges Paket vor, sind aber einzeln durchzufühlen.

20. September. Es bildete sich ein neuer flacher erbsengrofser Knoten an dem oberen äufseren Teile des Unterschenkels. An dem Oberschenkel sind keine Infiltrate und Knoten zu sehen. Die Haut an der Stelle der völligen Veränderung des Unterschenkels ist bedeutend abgeblafst und stellt eine reiche Schälung von grofsen Platten dar. Das Ödem im

allgemeinen ist etwas gröſser geworden. Das Geschwür am Unterschenkel hat sich bis zum Umfange eines Fünfkopekenkupferstückes vergröſsert. Es sind je elf Pillen per Tag verordnet.

13. Oktober. Infolge der Erkrankung an der Influenza hat der Patient vom 5. Oktober ab das Einnehmen der Pillen nachgelassen. An dem Unterschenkel sind nirgends weder Knoten noch derbe Stellen durchzufühlen. Nur unten am Unterschenkel bleibt eine unbedeutende Schwellung. Das Geschwür ist wieder bis zur Gröſse eines Dreikopekenstückes kleiner geworden. An dem Fuſsrücken sind die Knoten verschwunden. Es sind von neuem Pilulae asiaticae vier Stück täglich verordnet.

10. November. Das Ödem unten am Unterschenkel ist kaum zu merken. An der Stelle der verschwundenen Knoten des Oberschenkels ist eine höchst oberflächliche, narbige Atrophie der Haut zu beobachten, welche sich durch ihre weiſse Farbe von den umgebenden gesunden Teilen auszeichnet. Täglich sind jetzt sechs Pillen verordnet.

27. Januar 1896. Der Kranke fuhr mit dem Einnehmen der Pillen während der ganzen Zeit so fort und brachte es Ende Dezember per Tag auf acht Stück, worauf er anfing die Zahl nach und nach zu verringern, und nimmt er jetzt täglich fünf Pillen ein. Der allgemeine Zustand, sowie auch der Zustand der Verdauungsapparate blieb während der ganzen Zeit gut. $2^1/_2$ Wochen vordem erschien an der äuſseren Seite des linken Oberschenkels im unteren Drittel ein neues rotbraunes flaches Infiltrat von der ganzen Hautdicke und der Gröſse eines Zweikopekenstückes, sehr ähnlich einem, das früher hier benachbart war.

Die Haut an der Stelle der völligen Veränderung des Unterschenkels fährt fort abzublassen, die Pigmentflecke nahmen überall eine gelblichbraune Schattierung an und sind auch stellenweise ganz verschwunden. An Stelle der Knoten ist eine oberflächliche Atrophie der Haut bemerkbar. Nur ein unbedeutendes Ödem ist unten am Unterschenkel wahrzunehmen.

An der äuſseren Seite des Unterschenkels nach hinten und oben von dem Malleolus erschienen einige isolierte neue flache Knoten von der Gröſse einer Erbse oder einer Bohne und von braunroter Farbe, die schon jetzt zu verschwinden anfingen.

Das groſse Geschwür hat dasselbe Aussehen behalten, ist aber bis auf die Gröſse eines Zweikopekenstückes kleiner geworden.

An der äuſseren Seite des Unterschenkels unten, dem unlängst erschienenen Knötchen benachbart, befindet sich jetzt ein neues Geschwür ovaler Form, in der Gröſse eines Fingernagels und von demselben Aussehen wie das groſse Geschwür. Es sind sechs Pillen täglich verordnet.

28. April. Der Kranke benachrichtigte uns, daſs er vom Februar ab an Pneumonia crouposa erkrankt ist. Im Verlauf der zwei Wochen, welche der Kranke im Bette verbringen muſste, ist die Schwellung des Unter-

schenkels vollkommen vergangen und das unlängst erschienene kleine Geschwür unten am Unterschenkel ganz geheilt. Das frühere grofse Geschwür ist bedeutend kleiner geworden. Die neuen Knoten unten am Unterschenkel sind auch kaum mehr bemerkbar. Aber nachdem der Kranke beim Genesen zu gehen anfing, erschien die Schwellung von neuem, und die Knoten unten wurden wieder bemerkbar. Zu Anfang März wurde, nach den Angaben des Kranken, das an der inneren Fläche des Unterschenkels gewesene Geschwür narbig; doch bald brach die Narbe wieder auf, und aufserdem erschien neben derselben ein neues oberflächliches ca. zweikopekenstückgrofses Geschwür. Mitte März fing der Kranke wieder an, Pillen einzunehmen und brachte die Zahl derselben bis auf acht Stück per Tag.

Der weitere Verlauf der Krankheit blieb während des ganzen Jahres derselbe wie bisher. Nachdem die vorhandenen Knoten verschwunden, zeigten sich kurz darauf an dem Unter- und Oberschenkel neue, welche aber alle zu Anfang April 1897 verschwunden waren. Die Geschwüre, aufser dem gröfsten — an der inneren Fläche des Unterschenkels —, welches die ganze Zeit nicht heilte, vernarbten ziemlich bald, aber darauf erschienen zuzeiten hier und da am Unterschenkel neue kleine Geschwüre, die gewöhnlich bald wieder heilten. Der allgemeine Zustand des Kranken blieb die ganze Zeit derselbe wie früher, und brachte der Kranke die Zahl der asiatischen Pillen Ende Mai 1897 auf 13 Stück täglich.

7. Mai 1897. Neue Knoten gibt es nirgends. Die Schwellung des Unterschenkels ist ziemlich bedeutend. Man sieht eine allgemeine, ziemlich bedeutende, bräunlichgelbe Marmorierung des Unterschenkels, entsprechend der Lokalisation der früher gewesenen Knoten. Das zuerst entstandene Geschwür an der inneren Seite des Unterschenkels bleibt ohne Veränderung, das andere ihm benachbarte ist fast geheilt, und das kleinste, das erst kürzlich erschienen war, ist ganz geheilt. Die zwei früheren Geschwüre an der äufseren Fläche des Unterschenkels heilen, doch erscheinen etwas niedriger von ihnen zwei neue oberflächliche kleine Geschwüre. In Erwägung der Dyspepsie-Erscheinungen ist die Zahl der Pillen bis auf zehn gelassen.

Von dieser Zeit ab habe ich den Kranken auf lange aus dem Auge verloren, und erst im Oktober 1898 benachrichtigte er mich, dafs „die Krankheit fast ganz vergangen sei", von der Zeit an, als er nach einem Rate von Juli 1897 Arsenik nachliefs und täglich zwei Glas warmes Decoctum sarsaparillae einnahm.

Der Verlauf der Krankheit war, nach den Worten des Kranken, folgender: Neue Knoten erschienen nach dem 7. Mai 1897 nirgends mehr. Die Schwellung des Unterschenkels verschwand ungefähr im September, und zu derselben Zeit heilte das älteste und hartnäckigste Geschwür an der

inneren Fläche des Unterschenkels. Die Pigmentflecke an den früher erkrankten Stellen fingen allmählich an abzublassen. Die Geschwüre an der äufseren Seite des Unterschenkels hielten sich am längsten, und heilte das letzte von ihnen erst im August 1898.

29. November 1898. An dem linken Oberschenkel zeigt sich eine schwache schmutzigbräunliche Pigmentierung an der Stelle früherer Knoten, wobei die Haut eine kaum bemerkbare oberflächliche narbige Atrophie darstellt. An dem linken Unterschenkel, in dem mittleren und unteren Drittel, befinden sich sehr zahlreiche Pigmentflecke von schwach gelblich-brauner Farbe, welche der Haut ein marmoriertes Aussehen geben. Auch jetzt merkt man hier noch eine unbedeutende Cyanosis und zahlreiche ektasierte Venengefäfse, — besonders unten an der äufseren Seite rings um die Narben der kürzlich geheilten Geschwüre. Die Haut des Unterschenkels ist überall leicht in einer Falte abzuheben und zeigt ein trockenes, etwas atrophiertes Aussehen. Die Narben der Geschwüre haben ein eingezogenes Aussehen, unterscheiden sich durch stark weifse Farbe und Beweglichkeit. Der allgemeine Zustand und die Behaglichkeit des Kranken waren befriedigend; derselbe fuhr im Einnehmen des Decoctum sarsaparillae bis Anfang 1899 fort.

Nachdem sah ich den Kranken bis Ende 1902 noch einige Male. In der ganzen Zeit gab es keine Rezidive der Knoten. Die Cyanosis des linken Unterschenkels ist fast ganz verschwunden, die baumartige Ektasie der Venengefäfse hat bedeutend abgenommen. Die Pigmentation fing überall an allmählich zu verschwinden, es bleiben jetzt nur sehr schwache schmutzig-bräunliche Flecke an dem Unterschenkel übrig, wobei die Haut desselben eine merkbare oberflächliche Atrophie zeigt, ein trockenes Aussehen hat und mit einer dünnen etwas glänzenden Horndecke bedeckt ist, Der allgemeine Zustand des Kranken bleibt bis jetzt in derselben Lage wie früher.

Das zur mikroskopischen Untersuchung ausgeschnittene Knötchen wurde nach Härtung in Alkohol in Zelloidin eingebettet. Die Schnitte wurden meistens mit Hämatoxylin-Eosin, einige mit polychromem Methylenblau gefärbt. Zum Färben des elastischen Gewebes wurde die Methode Unna-Taenzer angewendet. Hier mufs ich meine hohe Anerkennung dem Privatdozent der Moskauer Universität, Dr. A. G. Mamurowsky, für die liebenswürdigen Anleitungen beim Untersuchen der Präparate aussprechen.

Das mikroskopische Untersuchen der Präparate bei Vergröfserung Leitz Ob. 2—4, Oc. 1 (Fig. 1) zeigte, dafs die tiefen Schichten der Haut zusammen mit einem Teile der bei der Biopsie entnommenen Unterhaut und teilweise auch die mittleren Schichten des Coriums — entsprechend der Hauptmasse des Knotens — von einem grofsen, dichten Zellinfiltrate eingenommen sind, das überall sich ziemlich scharf von den

benachbarten gesunden Geweben abteilt. Von der oberen Grenze des Infiltrates gehen nach oben ganz bis zur Pars papillaris sehr dichte und scharf begrenzte Zellanhäufungen, welche sich im nächsten Umfang der Gefäfse ordnen und ein zweigiges oder zugartiges Aussehen haben. In den Seitenteilen des dichten Infiltrats in den tiefen Schichten der Haut kann man einzelne scharf begrenzte Zellanhäufungen, die sich in Nester rings um die Hautgefäfse oder Knäuelchen der Schweifsdrüsen ordnen, sehen. Was die Pars papillaris anbelangt, so gibt es auch hier — gegenüber den Zentralteilen des Knotens, sowie auch um die Öffnungen der Hautfollikel — ziemlich dichte Zellanhäufungen, welche sich scharf von dem unberührten Bindegewebe teilen.

Beim Untersuchen der Präparate mit Vergröfserung Leitz Ob. 7, Oc. 1—4, kann man sehen, dafs die oben beschriebene dichte Infiltrierung des Unterhautzellgewebes und Coriums aus verschiedenartigen Bindegewebszellen besteht. Dabei findet man in den peripherischen Seitenteilen des Infiltrats meistenteils embryonale Zellen des Bindegewebes mit grofsen, sehr stark sich färbenden Kernen, welche sich in dichten Reihen ordnen. Nur selten kommen hier kleine epitheloide und spindelförmige Zellen vor, dagegen sieht man, wie auch im ganzen Infiltrate, nur sehr selten einzelne Leukocyten (Fig. 2). Mastzellen trifft man hier nicht selten, da sie in den tieferen Schichten gar nicht vorkommen.

Was den mittleren Teil der oberen Grenze der Infiltrierung, sowie auch die Zellanhäufungen der oberen Teile des Coriums und der Pars papillaris anbelangt, so ist hier dagegen eine mehr oder weniger bedeutende Übermacht der Fibroblasten über den anderen Zellarten zu merken. Die Mehrzahl der Fibroblasten ist besonders in den Infiltrationen um die Gefäfse der oberen Teile des Coriums bemerkbar, welche weder ein zug- oder baumartiges Aussehen haben (Fig. 3).

Je weiter man von den peripherischen Teilen des Infiltrates zum Zentrum folgt, desto schneller vermehrt sich die Zahl der epitheloiden Zellen, so dafs man in den tiefen Zentralteilen fast ausschliefslich die letzteren trifft, dabei von verschiedener Gröfse und Form.

Das vom Infiltrate eingenommene Bindegewebe — ausgenommen sehr kleine Inseln und schmale Zwischenschichten, welche einen normalen Bau behalten haben — kommt überall in Gestalt eines lockeren, zarten Netzes vor, in dessen Schlingen die Infiltratzellen eingebettet sind. Das Fettgewebe der Unterhaut erweist sich ganz von der Zellinfiltration verdrängt, so dafs es keine Möglichkeit gibt, Grenzen zwischen den einzelnen Läppchen zu unterscheiden.

In den tiefen mit der Unterhaut begrenzten Teilen des Infiltrates kommen einzelne Inselchen vor, die ein gleichmäfsiges, trübes Aussehen haben und durch ihre ziemlich intensive Eosin-Färbung scharf von den

benachbarten Teilen sich abheben. Die epitheloiden Zellen, welche man hier nicht oft zwischen den Schlingen des Bindegewebes trifft, färben sich gar nicht und stellen eine gleichmäfsige Masse vor. Entsprechend den Inselchen findet sich eine mäfsige Menge des körnigen Zerfalles der Kerne und eine ziemlich grofse Zahl viel- und einkerniger Leukocyten (Fig. 4).

Unweit von diesen kleinen Inseln, die einige Ähnlichkeit mit Hyalin-Degeneration vorstellten, inmitten der epitheloiden Zellen, kann man einzelne Riesenzellen verschiedener Art und Gröfse finden. Die gröfsten von ihnen, die man am seltensten trifft, haben eine ovale oder rundliche Form und enthalten ca. 30—40 Kerne, die sich hauptsächlich an der Peripherie der Zelle befinden. Es kommen — dabei nicht sehr selten — Riesenzellen kleinerer Gestalt vor, welche 3—5—12 Kerne haben. Solche Zellen kann man um die veränderten Stellen, wie auch etwas entfernt von ihnen, in den Zentralteilen des Infiltrates finden, in den Peripherieteilen aber trifft man gar keine Riesenzellen (Fig. 4).

Das elastische Gewebe in dem dichten Infiltrate ist im allgemeinen bedeutend vermindert; nur stellenweise, wo das Grundgewebe weniger berührt geblieben ist, kann man einzelne gut bewahrte elastische Fasern finden. Durch den Prozefs nicht berührtes Bindegewebe an der Peripherie des Infiltrates bietet überall eine sichtbare Vergröfserung der Zahl der runden Zellen gegen die Norm dar.

Von der Seite der Gefäfse gibt es nirgends Veränderungen, und stellt sich ihre Zahl in der dichten Infiltrierung nicht vergröfsert vor. Um die grofsen Gefäfse an der Peripherie, wie in den tiefen und auch oberflächlichen Schichten der Haut kommt eine scharf ausgedrücke Zellinfiltration vor. Die Venengefäfse erscheinen merkbar ausgedehnt. Die Lymphgefäfse erscheinen nicht nur in Pars subpapillaris, sondern auch in der Infiltration der tiefen Schichten des Coriums bedeutend ektasiert; das tritt besonders ins Auge in den unteren Teilen der Infiltrierung, an der Grenze des Unterhautzellgewebes, wo die ektasierten Lymphgefäfse ein wirkliches System von zusammengefügten Räumen und Kanälen bilden und stellenweise ein cavernöses Aussehen haben.

Die Talg- und Haarfollikel, sowie auch die Arrectores pilorum zeigen nirgends Veränderungen. Um letztere, besonders aber in der Nähe des Infiltrates, wird überall eine dichte Zellanhäufung beobachtet. Die Knäuelchen der tiefen wie auch der oberflächlichen Schweifsdrüsen, die sich unweit von dem dichten Infiltrate befinden, sind bis zur Hälfte von Zellhaufen bedeckt, wobei das Lumen der einzelnen Röhrchen merkbar ausgedehnt ist. Die Schweifsdrüsen, die in dem dichten Infiltrate liegen, sind von letzterem ganz bedeckt, so dafs man nur hier und da einzelne Röhrchen mit stark dilatiertem Lumen finden kann.

Was das Rete Malpighii anbelangt, so sind, aufser der in den Zentralteilen des Knoten vorkommenden unbedeutenden Verlängerung der interpapillären Zwischenräume, keine anderen Veränderungen zu bemerken. Die Zellinfiltrierungen der Pars papillaris, entsprechend dem mittleren Teile des Knotens, gehen an manchen Stellen auch in das Rete über. Die Hornschicht zeigt keine Veränderungen.

Was die Diagnose dieses Falles anbelangt, so kann man hier zuerst die primären Sarkome der Haut überhaupt ausschliefsen, ebenso das Sarkom vom KAPOSI-Typus im einzelnen in der Hinsicht, da solchem weder der Verlauf, noch der Ausgang der Bildungen bei unserem Kranken, noch der Charakter der pathologischen Veränderungen entspricht. Diese letzten, die hauptsächlich in den tiefsten Schichten der Haut sich entwickeln, stellen eine dichte Infiltration von runden und spindelartigen Zellen an der Peripherie des Knotens mit epitheloiden und Riesenzellen in seinem Zentrum und selten vorkommenden Leukocyten dar. So ein Polymorphismus der Zellelemente, die die Mafse der Bildung zusammenstellen, spricht nicht nur gegen die sarkomatöse Natur der letzten, sondern ist charakteristisch für die sogenannten Granulationsgeschwülste, um so mehr, als inmitten der Zellelemente der Infiltrierung auch Mastzellen vorkommen, welche man, nach UNNA (9), sehr reichlich bei den Granulomen und nicht bei den Sarkomen findet. Aufserdem gegen Sarkom in unserem Falle redet eben das, dafs nirgends Metastasen beobachtet wurden, und dafs nach Ausschneiden eines Knotens zur mikroskopischen Untersuchung kein Rezidiv sich einstellte.

Gegen Mycosis fungoides, aufser dem allgemeinen Verlaufe und guten Ende der Krankheit, spricht in unserem Falle, dafs als Ausgangspunkt der Entwicklung der pathologischen Veränderungen die tiefsten Schichten des Coriums dienten, während bei Mycosis fungoides die Infiltration sich zuerst in der Pars papillaris entwickelt, und dann von hier in die niedriger liegenden Schichten des Coriums sich verbreitet. Aufserdem unterscheiden sich bei Mycosis fungoides die schnell entwickelnden Geschwülste durch bedeutendere Gröfse und mehr Neigung zum Zerfallen und Bilden der Geschwüre, als wie es in unserem Falle sich zeigte.

Gegen die multiplen Gummen, welche sich als Erscheinung der verspäteten, vererbten Lues darstellen, spricht in unserem Falle die Abwesenheit des Lues in der Anamnese, als auch eine völlige Abwesenheit irgendwelcher Spuren vererbter Lues bei dem genügenden allgemeinen Zustande und der guten Entwicklung des Kranken. Aufserdem sprach gegen Lues der nichttypische Gummenbau des Knotens, die völlige Abwesenheit von Gefäfsveränderung und die allgemeine Neigung der Knoten zur Resorbtion, ohne grofses Zerfallen und merkbar tiefe Narben zu bilden.

Der ziemlich genügende allgemeine Zustand des Kranken bei Ab-

wesenheit einer Vergrößerung der Milz und vielfacher Aufschwellung der Drüsen, das ganze Bild des Hautanfalles, und endlich der Verlauf der Krankheit sprachen gegen eine leukämische und pseudoleukämische Hautveränderung um so mehr, weil die Blutanalyse, wenn auch nach der Heilung vorgenommen, doch einen normalen Bestand der weißen Blutkörperchen zu den roten (1 : 359) bei 70% Hämoglobin zeigte.

Nach den tuberkulösen Erkrankungen der Haut könnte man unseren Fall am meisten mit Scrophuloderma und Tuberculosis fungosa cutis verwechseln. Doch gegen Scrophuloderma spricht die nichttypische Lokalisation des Prozesses, die Abwesenheit charakteristischer durch Scrophuloderma bedingter, baumartiger Brückchennarben, der bedeutende Zerfall und endlich die ganz andere Gestalt der Geschwüre bei unserem Kranken. Gegen Tuberculosis fungosa cutis spricht nächst der Abwesenheit irgend eines ursprünglichen Entstehungsherdes der Tuberculosis auch die Abwesenheit zahlreichen und bedeutenden Zerfalles in den Knoten.

Gegen diese beiden Erkrankungen zusammen spricht einerseits der genügende allgemeine Zustand des Kranken vor und während der Krankheit, anderseits der Charakter der pathologischen Veränderungen, denn in unserem Falle fand man nicht typische Tuberkel, keine tuberkulösen Bazillen, die Zahl der Riesenzellen war zu unbedeutend, und außerdem erinnern die letzteren größtenteils gar nicht an die Riesenzellen bei tuberkulösen Veränderungen.

In bezug auf ein Verwechseln mit den Tuberkuliden der Haut muß man wiederum den allgemeinen Zustand des Kranken in Betracht ziehen und die völlige Abwesenheit irgendwelcher verdächtiger Tuberculosisveränderungen in den inneren Organen oder Drüsen feststellen. Bei den Tuberkuliden müßten diese Veränderungen — dank der Verbreitung der Hautanfälle in unserem Falle — ein bedeutenderes Maß haben und könnten in keinem Falle beim Untersuchen des Kranken unbemerkt bleiben. Gegen solche Tuberkulide, wie Acnitis und Folliclis, spricht das ihnen gar nicht entsprechende klinische Bild der Hautveränderungen unseres Kranken. Was das Erytema induratum anbelangt, so gibt es, gemäß der Untersuchungen von Leredde (10), Thiebierge und Ravaut (11), bei dieser Erkrankung sich miteinander verbindende, derbe, bindegewebige Züge, in denen stark dilatierte, mit verdickten Wänden versehene, stellenweise obliterierte Gefässe eingelegt sind. Zwischen den Zügen, um die ursprünglich so veränderten Gefäße ordnen sich Nestinfiltrationen aus embryonalen, epitheloiden und Riesenzellen, Aber in unserem, wie auch in anderen Fällen „gutartiger Sarcoidbildungen" wurde diese für Erythema induratum so charakteristische Veränderung der Gefäße nicht beobachtet.

Indem man sich zu den positiven Beweisstücken der Diagnose unseres Falles wendet, muß man zuerst auf das gleichzeitige Erscheinen der mul-

tiplen, knotigen Bildungen achten, welche dem Äufseren nach den Sarkomen der Haut ähneln, ferner auf den langsamen Verlauf der Knoten, die selten Geschwüre bilden, in der Mehrheit aber verschwinden, indem sie Pigmentflecke und kaum merkbare, oberflächliche Atrophie der Haut zurücklassen. Weiter mufs man auch auf den befriedigenden allgemeinen Zustand des Kranken, auf sein blühendes Alter und den sehr langwierigen Verlauf der Krankheit, die durch völlige Genesung endigte, acht geben.

Indem man alle diese Beweisstücke mit den pathologischen Veränderungen, welche den Charakter eines Granuloms darstellen, vergleicht, kann man erkennen, dafs wir es hier mit einer Art der sogenannten „sarcoiden" Geschwülste (Boecks) zu tun haben.

Wenn man sich an die von Pelagatti (12) beschriebene Gruppierung der Sarcoidbildungen hält, die infolge der bedeutenden Ähnlichkeit unseres Falles mit denen Boecks sowohl von histologischer Seite als auch in Betreff der klinischen Symptome, wie der Farbe der Knoten, der Bildung der Pigmentflecke und Vertiefungen in der Mitte der Knoten bei Involution der letzteren, dem Entwickeln schwacher Schälung und bedeutender Ektasien der Gefäfse, der Abwesenheit eines Rezidivs nach Ausschneiden der Knoten usw. zu verzeichnen sind, so schien es uns, dafs dieser Fall zu Gruppe der sarcoiden Bildungen (Typus Boeck) am nächsten steht. Es ist aber notwendig, auch auf einige Unterscheidungseigentümlichkeiten unseres Falles hinzuweisen, nämlich dafs die krankhaften Veränderungen sich ausschliefslich an einem Endgliede lokalisieren. Diese Beschränkung der Veränderungen auf eine Gegend kann man, nach unserer Meinung, als ähnliche Abweichung vom Typus der Boeckschen Sarcoide halten, wie man es überhaupt bei den Sarkomen der Haut beobachtet und es zuweilen auch bei Sarcom Typus Kaposi (4) der Fall ist, das sich, wie bekannt, durch besondere Neigung zur Symmetrie im Lokalisieren der krankhaften Bildungen unterscheidet. Weiter hatten die Knoten in unserem Falle im Vergleich mit den Sarcoiden Boecks eine weit bedeutendere Gröfse und unterschieden sich stellenweise durch eine klar ausgedrückte Neigung zum Zusammenschmelzen und zur Bildung grofser Infiltrate; doch diese Eigentümlichkeiten sind auch im Falle Hallopeau und Eck (13), der von diesen zu den Sarcoiden Typus Boeck gerechnet wurde, beobachtet worden. Es bleibt noch übrig, hinzuweisen auf das bisweilen in unserem Falle beobachtete Zerfallen der Knoten- und Geschwürsbildung. Aber, wie das der dritte Fall von Spiegler (1) und zwei Fälle von Pelagatti (12) zeigen, können Erweichung der Knoten und Entwicklung der Geschwüre, die merkbare Narben hinterlassen, auch bei „gutartigen sarcoiden Bildungen" entstehen, und das in weit höherem Grade, als das in unserem Falle war.

Es ist unmöglich, mit Hallopeau (13) und anderen Autoren nicht einverstanden zu sein, dafs die Benennung „sarcoide" Geschwülste sehr

unbequem ist. Wenn man sie für die genannten Bildungen gebraucht, so muſs man stets noch den Namen Boeck oder andere erwähnen zum Unterschied derselben Benennung von Kaposi (4), noch früher für eine ganze Gruppe von Bildungen, wohin auch die echten Sarkome der Haut gehören. Aufserdem kann auch selbst das Wort „sarcoide“ zu Irrtümern führen, indem es irgendeine Verwandtschaft dieser Bildungen mit den echten Sarkomen vermuten läſst. Diese unpassende Benennung wird aber bis dahin feststehen, bis die Ätiologie „der gutartigen Sarcoidbildungen“, die bis jetzt noch nicht aufgeklärt, näher erforscht ist. Einige Autoren, wie Pelagatti (12), nehmen an, daſs, entsprechend dem Typus der sarcoiden Bildungen, hier verschiedene ätiologische Momente stattfinden können, und geben einen Einfluſs der Mikrobien zu. Doch bis jetzt gelang es keinem Untersucher, dieselben weder selbst in den Geschwülsten, noch durch Inokulieren zu finden. In unserem Falle ergab das Untersuchen der Schnitte aus dem Knoten auf die Anwesenheit der Mikrobien, von Dr. A. G. Mamurowsky unternommen, auch verneinende Resultate.

Zum Schlusse finde ich es nicht für überflüssig, etwas bei der allgemein erkannten Wirkung des Arseniks auf „gutartige sarcoide Bildungen“ stehen zu bleiben, wodurch diese letzten, nach Meinung vieler Autoren, sich von den echten Sarcomen unterscheiden. Besonders weit geht in dieser Hinsicht Fendt (3), welcher, auf Grund ausschliefslich günstiger Resultate bei Arsenikgebrauch, zu den „sarcoiden Bildungen“ auch solche Fälle, wie Prof. Pospeloff (8), Tandler (14) und anderen zurechnet, wo das mikroskopische Bild ein typisches Aussehen der Sarkome darstellt. Zu diesen Beobachtungen könnte man noch einen anderen Fall von Hautsarkom Prof. Pospeloff (8) rechnen, und zwar den Fall Samter (5) — riesenzelliges metastatisches Sarkom — und Lassar (7) — melanotisches Sarkom —, welche beide nach Anwendung von Arsenik völlig heilten. Doch kann man, nach unserer Meinung, auf Grund nur einzig therapeutischer Effekte nach Anwendung von Arsenik in gewissen Fällen von Sarkom von einer Zugehörigkeit der letzteren zu den sarcoiden Bildungen und nicht zu den Sarkomen gar nicht sprechen. Ähnliche Fälle können nur die Richtigkeit der früheren Meinung vieler Autoren von der guten Wirkung des Arseniks auf einige Arten von Hautsarkom unterstützen. In diesem Sinne spricht sich am entschiedensten Lassar aus, indem er in bezug auf seinen Fall behauptet, daſs man durch Arsenik sogar auf bösartige, heteroplastische Bildungen wirken kann, wenn man es nur möglichst früh verordnet.

In bezug auf unseren Fall ist es notwendig, mitzuteilen, daſs auf das Verschwinden einzelner Knoten die verschiedensten Faktoren einen Einfluſs hatten. So kann man annehmen, daſs Arsenik in der ganzen Zeit der Krankheit eine bedeutende Wirkung auf die knotigen Bildungen

offenbarte, wodurch die Richtigkeit der Diagnose dieses Falles, als eine der „sarcoiden" Bildungen (Boeck), noch mehr bestätigt wird.

Ferner stellt das vom Kranken selbst bemerkte zeitige Verschwinden der meisten Knoten und des Ödems des Unterschenkels im Verlauf der Erkrankung an Pneumonia crouposa eine Analogie mit den Beobachtungen von Langenbusch (15) und Spiegler (1) dar, bei denen auf die sarkomatösen Bildungen die Rose heilend wirkte.

Aufser diesen beiden Faktoren mufs man aber in unserem Falle noch der Möglichkeit des Einflusses auf den krankhaften Prozefs des Decoctum sarsaparillae Erwähnung tun, von dessen Wirkung auf die sarcoiden Bildungen ich gar nichts in der Literatur fand. Es ist sehr schwer, etwas Bestimmtes von der Wirkung des Decoctum sarsaparillae in unserem Falle zu sagen, um so weniger, da man gemäfs der bekannten Möglichkeit des selbstständigen Verschwindens der Sarcoidgeschwülste, nicht ohne Grund an diesem zweifeln kann.

Erklärungen der Abbildungen.

Fig. 1. Leitz Ob. 2, Oc. 1. Das allgemeine Aussehen der Knoten (der Hälfte). Unten neben dem völligen Infiltrate, von Zellanhäufungen umkreist, Knäuelchen der Schweifsdrüsen und gröfseren Gefäfse. Oben eine zellige Infiltration partis papillaris und von dichten Zellanhäufungen umkreiste Gefäfse des oberen Netzes und „Züge".

Fig. 2. Leitz Ob. 7, Oc. 4. Der Seitenteil des völligen Infiltrates an der Grenze mit dem unberührten Bindgewebe, dessen Zahl der Zellelemente merkbar vergröfsert ist.

Fig. 3. Leitz Ob. 7, Oc. 4. Einer von den „Zügen", die von den oberen Teilen des allgemeinen Infiltrates des Coriums ausgehen.

Fig. 4. Leitz Ob. 7, Oc. 1. In der rechten unteren Ecke eine degenerierte Stelle mit kernigem Zerfall und Anhäufung von Leukocyten. In der linken oberen Ecke ein ausgedehntes Lymphgefäfs. Riesenzellen verschiedener Gröfse und Form in den übrigen Ecken (Kombination).

Literatur.

1. Spiegler, *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1894. Bd. XXVII.
2. Boeck, *Journal of Cutaneous and Genito-Urinary diseases.* 1899. Bd. 17. Cit. nach Ref. in *Monatshefte f. prakt. Dermat.* Bd. XXX, 1900, S. 165, und Festschrift, gewidmet Moritz Kaposi, Wien, 1900, S. 153.
3. H. Fendt, *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1900.
4. M. Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1899. Wien.
5. Koebner, *Berlin. klin. Wochenschr.* 1883. Nr. 2.
6. Samter, *Deutsche med. Wochenschr.* 1894. Nr. 37.
7. Lassar, *Münch. med. Wochenschr.* 1894. Nr. 32.
8. Pospeloff, Protok. d. Moskauer venerologisch. u. dermatolog. Gesellschaft. 1894-95. — *„Arzt."* 1899. S. 1277.
9. Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin. 1894. S. 760, 771.
10. Leredde, *Annales de dermat. et syph.* 1898. S. 893.
11. Thiebierge et Ravaut, *Annales de dermat. et syph.* 1899. S. 513.
12. Pelagatti, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1902. Bd. XXXV.
13. Halloppeau et Eck, *Annales de dermat. et syph.* 1902. Nr. 11.
14. Tandler, *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1897. Bd. XXXXI.
15. Langenbusch, *Deutsche medic. Wochenschr.* 1890. Nr. 52, S. 1241.

Fig. 1.

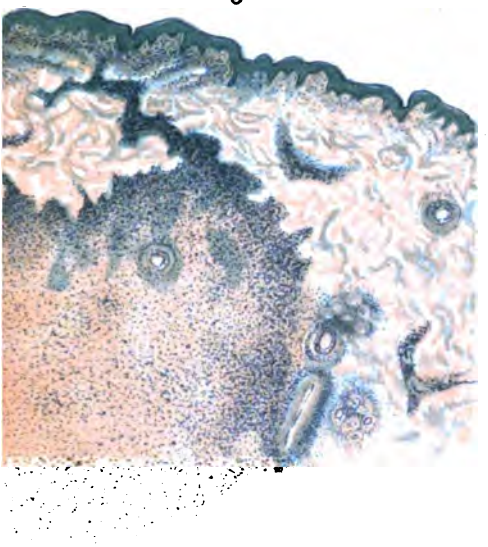


Fig. 2.

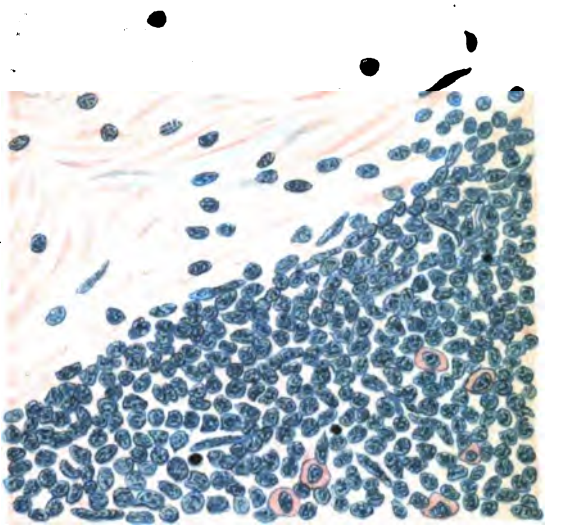
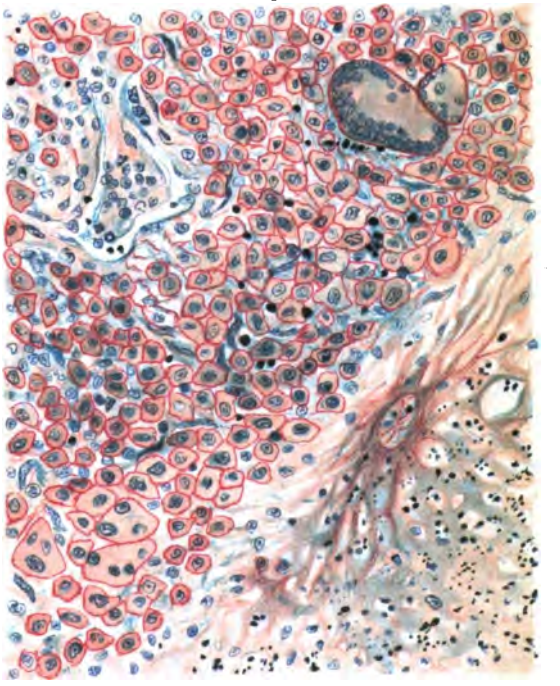


Fig. 3.

Fig. 4.



Die Behandlung des Trippers.
Bemerkungen über Acidum nitricum und Crurin.

Von

Dr. M. Porosz-Budapest.

Die Zahl der Antigonorrhoica ist ungeheuer groſs. Das ist ein Zeichen dessen, daſs wir gegen die Gonorrhoe kein echtes und rechtes Mittel haben. Ein Specificum wäre der wissenschaftlichen und Laienwelt sehr erwünscht. Ein Specificum dieser Art kann nur ein Medikament sein, das durch das Blut in alle Zellen des ganzen Organismus gelangt. Solange wir die Heilmittel lokal anwenden, widerspricht schon der Gedanke daran unserem physiologischen und pathologischen Wissen. Denken wir nicht zufällig an die Röntgenstrahlen, müssen wir ein solches Mittel für unmöglich halten, das durch die Epithelialzellen auch auf die tiefer gelegenen Gewebe, auf die Submucosa, eine unmittelbare Wirkung ausüben könnte. Eine noch gröſsere physikalische Unmöglichkeit ist es, daſs ein solches Mittel in die Mündung der Urethralwanddrüsen, oder in die Röhrchen der Prostata, in das Vas deferens, in die Samenblase gelange. Von diesem Gesichtspunkte betrachtet, kann das Argentum nitricum und auch das Acidum nitricum nicht als Specificum angesehen werden.

Das Silbernitrat ist, trotz der vielen neuen Mittel von nur theoretischem Werte, wie die Erfahrung lehrt, noch immer das beste Mittel, wenn es auch nicht das Haupterfordernis eines idealen Antigonorrhoicums, die Fähigkeit in die tiefer gelegenen Gewebe einzudringen, besitzt. Seine direkte Wirkung beschränkt sich nur auf die Oberfläche. Es koaguliert das Eiweiſs, und diese zäh und konsistent gewordene Schicht verhindert das Eindringen in die Tiefe. Das ist aber nur sein theoretischer Fehler. Nach der Erfahrung verdanken wir gerade diesem Umstande, daſs es doch von Nutzen ist.

Ein groſser Nachteil ist der bei der Anwendung sich einstellende Schmerz und das brennende Gefühl. Von dem Streben geleitet, diesen Nachteil zu beheben, wollte ich vor mehreren Jahren die anästhesierende Eigenschaft des Kokains oder Eukains ausnützen. Das befriedigte mich aber nicht. Sie zusammen anzuwenden, ist unmöglich, weil sich Silberchlorid bildet und niederschlägt. Sie separat einzuspritzen, ist auch nicht geraten.

Über diese Frage so denkend, bin ich darauf gekommen, daſs der eigentliche Wirkungsstoff das bei der eingetretenen Zersetzung unter

Wärmeentwicklung freiwerdende Acidum nitricum ist, das sich mit dem Eiweifs sofort vereinigt.

Überdies bildet sich noch Silberchlorid und Silberoxydeiweifs. Letzteres ist aber ein leicht zersetzbares Albuminat.

So bin ich auf den Gedanken gekommen, Kokain mit einer dem Silbernitrat analogen Acidum nitricum-Lösung zusammen anzuwenden. Das Molekulargewicht des Silbernitrats ($AgNO_3$) ist 169,7, davon ist das Atomgewicht von N 14, das Atomgewicht von $O_3 = 3 \times 16 = 48$ zusammen 62, oder an Gewicht ungefähr ein Drittel der Acidum nitricum-Wurzel des $AgNO_3$.

Wenn ich also direkt fertig, nicht im Wege einer mit Wärmeentwicklung verbundenen Zersetzung auf den erforderlichen Platz in dem nämlichen Verhältnisse Acidum nitricum gelangen lasse, wird diese analoge Lösung von derselben Wirkung, aber ohne brennendes Gefühl sein. Dabei kann auch das anästhesierende Cocainum hydrochloricum benutzt werden. Dieser Versuch ist gelungen. Später versuchte ich, das Kokain wegzulassen, und es hat sich gezeigt, dafs das Acidum nitricum nur ein unbedeutendes Zwicken verursacht, das aber nach einigen Augenblicken aufhört, während das durch das Silbernitrat hervorgerufene brennende Gefühl Stundenlang, sogar auch einen halben Tag, anhält und den Patienten arbeitsunfähig macht.

Nachdem ich die Vorteile des Acidum nitricum durch mehrere Jahre erprobt hatte, habe ich es im Jahre 1900 auch empfohlen (*Wien. med. Presse*, 1900). Seither sind drei Jahre verflossen, und ich kann es auch heute warm empfehlen. Den Wert der empfohlenen neuen Antigonorrhoica zeigt uns am besten die Frage, ob man neben ihnen auch auf das Argentum nitricum angewiesen ist. Das Argentum nitricum führt auch ohne Inanspruchnahme eines anderen Mittels zum Ziele. Umgekehrt scheint es aber nicht der Fall zu sein; wenigstens liest man darüber selten. So mancher Autor, der ein neues Mittel oder ein neues Verfahren (Irrigationen) anpreist, merkt gar nicht, dafs die dem neuen Mittel gesungenen Lobeshymnen eigentlich dem alten, der Lapislösung, gelten. Kann dies als richtunggebendes Mafs angesehen werden, kann ich vom Acidum nitricum behaupten: es ist ein wenigstens so gutes Mittel wie das Argentum nitricum, ohne dessen Nachteile, denn während der 6—7 Jahre war ich kein einziges Mal darauf angewiesen, eine Lapisinjektion zu geben.

Auch das Acidum nitricum hat die hervorragende Eigenschaft, Eiweifs zu koagulieren. Diese meine Bemerkung mache ich absichtlich, aber ich fühle, dafs sie im modernen Sinne nicht wissenschaftlich ist, ich will nicht sagen, dafs sie auf eine gewisse Unwissenheit folgern läfst. Aber der medizinischen Wissenschaft gibt nicht die klappende Theorie, sondern das erfahrungsgemäfse Resultat den Charakter der Wissenschaft.

Wenn auch die in die tieferen Teile eindringende theoretische Wirkung der lösbaren, nicht koagulierenden Argentumverbindungen gut klappt, rechtfertigt dies die Erfahrung doch nicht. Wenn auch mit dieser Theorie die Anwendung der koagulierenden Mittel nicht klappt, zeigt die Erfahrung doch, dafs sie von Nutzen sind. Ich will nicht auf die Argumente übergehen, die gegen ein solches theoretisches Pium desiderium sprechen (das Unbekanntsein der zustande kommenden Zersetzung, die entgegengesetzte Richtung der nährenden Blut- und Säftezirkulation, die gegen die Oberfläche führt, die Dauer der mit den Gonokokken erfolgenden Berührung usw.), sondern ich versuche, eine Erklärung dafür zu geben, was nach dem Koagulieren des Eiweifses geschieht.

Ist die eingespritzte Lösung nicht stark konzentriert, dann sterben die oberflächlichen Zellen des Harnröhrenepithels ab, die eine durch die Gonokokken und ihr Toxin herabgesetzte Widerstandsfähigkeit besitzen. (Die Richtigkeit dieses Satzes sieht man auch bei der Behandlung der luetischen Plaques mit 5—10%iger Chromsäure.) Ist die Lösung konzentrierter, stirbt eine dickere Schicht ab. Diese abgestorbenen Teile sucht der Organismus zu entfernen, um sie mit neueren zu ersetzen. Es stellt sich eine stärkere Blutströmung, eine stärkere Transsudation ein, und parallel damit kommt infolge einer hochgradigeren Leukocytose eine Auswanderung der weifsen Blutzellen, eine Eiterung, zustande. Die weifsen Blutzellen als Phagocyten verschlingen die fremden Säfte (Toxine) und die fremden Körper (Gonokokken). Das herausströmende Serum spült sie sozusagen aus den Gewebshöhlen heraus. So schützt sich auch ohne Einmengung, in kleinerem Mafse, der Organismus von selbst. Das Nekrotisieren der kranken Zellen beschleunigt die Arbeit der Natur. Die unmittelbar berührten Gonokokken sterben ab, und überdies macht das Acidum nitricum als Säure die Fortentwicklung fast unmöglich oder weniger möglich.

Wenn auch meine Erklärung Fehler hat, ist es doch eine Tatsache, dafs bei Anwendung des ¼%igen Acidum nitricum, das ungefähr mit einer ¾%igen Lapislösung analog wäre (wenn das offizielle Acidum nitric. conc. purum nicht 50%ig wäre), nach 1—2 Tagen der Ausflufs abnimmt, der Urin reiner wird, die Gonokokkengruppen weniger werden, die einzelnen Gruppen aus weniger Paaren bestehen, viel Epithelialzellen enthalten und schleimig werden.

Die Lösung verschreibe ich folgendermafsen: Acid. nitric. conc. purum 1 : 400 Wasser. Damit spritzt der Patient dreimal täglich. In akuten Fällen brennen die ersten Einspritzungen leicht. Nach 1—2 Tagen verschwindet das Brennen, das nur einige Augenblicke dauert, und der Patient spritzt fünfmal. Wird der Ausflufs dichtschleimig, und es sind noch Gonokokken darinnen, wird die Lösung auf 1 : 300, später 1 : 200 kon-

zentriert. Sind keine Gonokokken im Ausflusse zu finden, gehe ich auf die adstringierende Behandlung über. Mit dieser Behandlung will ich erreichen, dafs der postgonorrhoische schleimige Katarrh aufhöre, was auch in den meisten Fällen gelingt. In dem Urin sieht man keine schwimmenden Schleimfäden. Manchmal bleiben sie mit gewohnter Hartnäckigkeit im Morgenurin.

Bei einem Teile der Fälle aber zeigt der Ausfluſs nicht so schnell den Heilprozeſs der Natur, sondern das Sekret wird dünn, wässerig serös. In diesem Falle tritt gewöhnlich wieder Empfindsamkeit auf. Zeigen sich die Symptome, so unterlasse ich das reizende, die natürliche Reaktion fördernde Vorgehen und beginne mit der Anwendung der Adstringentien. Dann wird das Sekret schleimig dicht, bis es die Form der erwähnten schwimmenden Fäden zeigt.

Da ich mit den älteren Adstringentien (Plumbum, Resorcin, Zink, Alumen, Tannin usw.) nicht ganz zufrieden war, machte ich mit einem neueren einen Versuch, und zwar mit dem Crurin. Es wurde von JACOBI empfohlen (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901) und von der Firma Kalle & Co. in Biebrich hergestellt. Es ist ein aus Chinolin-Bismutrhodanat hergestelltes Präparat. Es löst sich nicht gut im Wasser, aber mit wässerigem Glycerin zerrieben kann es ungefähr zu einer so trüben Lösung verdünnt werden wie das Bleiwasser.

Es wird verordnet:

℞ *Crurini* 1,0— 2,0
Aqu. dest.
Glycerini ää 5,0—10,0
Contere et panlatin adde
Aqu. dest. ad 200,0
Mfs. D. S. Täglich dreimal einspritzen.

Diese Lösung bildet in der Harnröhre einen schneeweifsen Niederschlag, der sich an die Harnröhrenwand fest anlegt (man kann dies auch dem Tubus anmerken), und der, wenn man eine längere Zeit nicht uriniert, sich mit dem Schleim vermischt und aus der Harnröhre gepreſst werden kann.

Der Patient muſs darauf aufmerksam gemacht werden, denn sonst glaubt er, der Ausfluſs ist stärker geworden, und sein Zustand habe sich verschlimmert.

Das Mittel wird von JACOBI und STERN (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903) als vortreffliches Adstringens und bakterizides Mittel gelobt. Ersteres kann auch ich konstatieren, letzteres aber nicht. Ich hatte Fälle, in denen ich selbst nach zweiwöchentlichem Gebrauch noch viele Gonokokken im Sekret gefunden habe, während bei Anwendung von Acidum nitricum die Gonokokken schon nach 8—10 Tagen verschwanden. In einzelnen Fällen verschwanden sie noch früher.

Selbstverständlich ist dieses Verfahren nur bei einer Tripperentzündung des vorderen Harnröhrenteils von Erfolg begleitet. Geht der Tripper auch auf den hinteren Teil über, so erstreckt sich das Leiden beinahe immer auch auf die Prostata. In diesem Falle ist die medikamentöse Behandlung ungenügend. Ein Heilmittel kann nicht in die Prostata und ihre Drüsenröhren gelangen. Man mufs ein anderes Verfahren wählen. Ich befreie die Prostata durch eine Inaktionssetzung der Muskulatur mittels faradischen Stromes aktiv von dem eitrigen Sekret. Später, wenn die akute Entzündung abgenommen hat, pflegt man die Massage anzuwenden. Ich aber beginne schon im akuten Stadium, zur Zeit des häufigen Urinierens, das Elektrisieren, von dessen günstigem Resultate ich mich oft überzeugt habe. (Über die Prostatitis, *Monatsberichte für Urologie*, 1903.) Vor dem Elektrisieren lasse ich den Patienten urinieren. Nachher uriniert er wieder, und dann folgt eine Einspritzung von $^1/_2$%igem Acidum nitricum. Haben wir es mit einem chronischen Falle zu tun, gebe ich jeden zweiten bis dritten Tag statt einer $^1/_2$%igen Lösung eine 1%ige. Wenn der Sitz der chronischen Gonorrhoe eine Entzündung der im vorderen Teil befindlichen Morgagnischen Drüsen ist, suchen wir sie durch einen Tubus auf und spritzen mit einer Kollmannschen Spritze einigemal eine 2—3%ige Acidum nitricum-Lösung ein.

Wenn keine Infiltration vorhanden ist, heilt das Leiden.

Ich schrecke vor konzentrierteren Lösungen auch in den ersten Tagen der akuten Lösung nicht zurück. Ist die Entzündung nicht perakut und das Urinieren nicht sehr schmerzhaft, so benutze ich 2—3 Tage bei Einspritzungen von $^1/_4$%iger Lösung eine 2%ige mit einer Handtrippers pritze.

Selbst nach einer einzigen Einspritzung wird der trübe, dunkle Urin rein und flockig, und zwischen den Flocken sind oft Lamellen von Epithelialzellengruppen sichtbar. In mehreren Fällen hat der Ausfluſs gänzlich aufgehört, hat sich aber nach 2—3 Tagen wieder eingestellt.

In dem Ausfluſs findet man wieder, wenn auch wenig, Gonokokken. Nur in einigen Fällen ist es mir gelungen, auf diesem Wege die Fortentwicklung des akuten Trippers zu verhindern, so daſs der Ausfluſs, wie auch die Gonokokken gänzlich verschwunden sind. Die weiteren Einspritzungen macht der Patient nach 5—6 Tagen zweimal, nach 8 Tagen einmal und nach 10—12 Tagen hört er damit ganz auf.

Solche Einspritzungen mache ich zu provokatorischen Zwecken auch bei in Heilung begriffenen Patienten, wenn sie schon Crurin benutzen. Am nächsten Vormittag vor dem Morgenurinieren untersuche ich das aus der Harnröhre gedrückte Sekret. Die Crurineinspritzungen macht der Patient solange, bis das Sekret nicht verschwindet, oder die Eiterzellen in den Schleimhäuten nicht bedeutend weniger werden. Dann kontrolliere

ich sie nach einem Coitus condomatus und mehrfachen Provozierungen mehreremal, bis ich den Patienten für geheilt erklären kann.

Bei dem erwähnten abortiven Verfahren habe ich aber die Wahrnehmung gemacht, daſs es nur bei jenen von Erfolg begleitet ist, die schon einigemal Tripper gehabt haben. Den ersten Tripper abortiv zu heilen, ist mir noch nicht gelungen.

In Fällen, in denen sich statt des schleimigen Ausflusses bald pordser Ausfluſs zeigt, zeigt sich, wenn keine Adstringentien zur Anwendung kommen, ein auſsergewöhnlich reicher Ausfluſs, der so wässerig ist, daſs man im Urin keine Spur des Sekrets sehen kann, und nur den Meatus bedeckende Watte zeigt ihre groſse Menge, die in $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde ganz naſs wird. Trotz der groſsen Menge Sekrets konnte ich in den Schleimzellen Gonokokken finden.

Das sind meine Erfahrungen. Auf Grund dieser kann ich sagen, daſs das Acidum nitricum ein ausgezeichnetes Antigonorrhoicum, aber kein Spezificum ist. Von einem solchen kann man nicht sprechen, solange der Tripper von der Harnröhre auf andere nahe Organe übergeht, deren Erkrankungen als separate Krankheiten behandelt werden.

Schlieſslich erwähne ich noch, daſs eine Einspritzung von 1—2%iger Acidum nitricum-Lösung post coitum als sicheres Prophylakticum sich bewährt hat. Die Einspritzungen lasse ich mit einer gewöhnlichen Tripperspritze vornehmen, so daſs die eine Hälfte auf den Meatus, die andere Hälfte in die Harnröhre gelangt. Bei diesem Vorgehen habe ich noch keinen Tripper auftreten gesehen.

Aus der Praxis.

Innerliche Darreichung von Ichthyol in drei Fällen von Mykosis fungoides, und hämatologische Untersuchung zweier dieser Fälle um die Zeit ihres Beginnes.

Von

Menahem Hodara-Konstantinopel.

Der erste Fall von Mykosis fungoides, der innerlich mit Ichthyol behandelt wurde, betraf eine 60jährige Frau, die seit sechs Jahren an einer schweren Form dieses Leidens erkrankt war. Als ich sie vor fünf Jahren zuerst sah, litt sie an allgemeiner Erythrodermie mit fürchterlichem Brennen, so daſs sie sich, wie sie sagte, mit eisernen Kämmen kratzte.

Fast überall auf der Haut befanden sich grofse rote Flecke, die zum Teil infiltriert und verdickt waren. Daneben waren auch Mykosistumoren bis zur Gröfse einer halben Apfelsine vorhanden; einzelne von ihnen waren ulceriert — kurz, es bestand das Bild einer ausgesprochenen Mykosis fungoides. Im Sommer traten regelmäfsig Verschlimmerungen mit unerträglichem Juckreiz ein; die Haut wurde dadurch bis zum Äufsersten entzündet, fast überall tiefrot, sehr ödematös und nässend; auf weite Strecken hin infiltrierte sie sich und schwoll an. Die Kranke litt fürchterlich unter dem Jucken und unter der Schlaflosigkeit. In diesem Zustand brachte das Ichthyol, innerlich in Kapseln von 0,5—1,5 genommen, sehr erfreuliche Besserung. Das war vor fünf Jahren. Patientin hat damals zwei Jahre lang fast ununterbrochen das Ichthyol genommen und in den drei letzten Jahren während des Sommers zwei bis drei Monate lang. Die Erythrodermie, die Infiltrationen und die Tumoren sind seitdem ganz zurückgegangen und verschwunden, die einzelnen Anfälle sind von Sommer zu Sommer schwächer und lokalisierter geworden und sind jetzt ganz unbedeutend, so dafs Patientin mit ihrem Zustand aufserordentlich zufrieden ist.

In dem anderen Falle handelte es sich um einen 40jährigen Herrn, der an der umschriebenen Form der Mykosis fungoides litt. Er hatte seit mehreren Monaten an beiden Seiten des Halses je zwei Herde, die ganz wie nachträglich ekzematisierte Neurodermitis lichenificata aussahen; die Herde waren verdickt, hervorspringend, ödematös, zum Teil auch nässend, und nur in dem einen Punkt unterschieden sie sich von Neurodermitis, dafs sie viel verdickter waren, als jene selbst in stark gereiztem Zustand sind. Eine ähnliche nur etwas weniger verdickte Plaque hatte Patient dann noch oberhalb seiner linken Brustwarze; aufserdem klagte er noch über Jucken an verschiedenen Körperstellen, an den Unterschenkeln z. B.; doch war das Jucken nur gering und hatte nur vorübergehende Hautreizung, Auftreten von Urticaria und Erythem zur Folge. Übrigens hatte der Pruritus schon ein bis zwei Monate vor dem Erscheinen der Mykosisplaques bestanden. In der ersten Zeit war ich in bezug auf die Diagnose etwas unsicher und behandelte die Herde als Neurodermitis innerlich mit Arsen (asiatische Pillen) und äufserlich mit verschiedenen antipruriginösen Lösungen und Salben. Von einer Heilung war aber nichts zu bemerken, im Gegenteil, die Plaques verdickten sich noch mehr, fingen an zu schwellen und nahmen das Aussehen von Tumoren an. Der Herd über der Brustwarze, der an seiner Oberfläche weniger verdickt erschien, wies in der Cutis einzelne Knötchen auf. Jetzt liefs ich das Blut genau untersuchen. Herr Dr. Remlinger, Direktor des k. bakteriologischen Instituts, hatte die Güte, die Untersuchung vorzunehmen. Das Ergebnis war folgendes:

Ein weifses Blutkörperchen auf 250 rote.
Auf 100 weifse Blutkörperchen kamen 60 polynukleäre,
25 grofse mononukleäre,
7 mittelgrofse mononukleäre,
2 kleine mononukleäre.
5 Lymphocyten,
1—2 eosinophile,

d. h. also, die weifsen Blutkörperchen waren merklich vermehrt; an der Vermehrung scheinen sich namentlich die mononukleären zu beteiligen. Diese ausgesprochene Leukocytose sprach zu gunsten der Diagnose Mykosis fungoides. Ich verordnete darauf Ichthyol zu 0,5—1,0 täglich. Diese Medikation befolgt Patient jetzt seit drei bis vier Monaten. Aufserdem erhielt er täglich 0,05—0,2 Kakodylat eingespritzt; auf die Plaques wurde Ichthyolkollodium (in steigender Stärke 10—30%iges) aufgepinselt. Danach trat sehr schnell Besserung ein, indem alle drei Herde innerhalb zweier Monate fast ganz verschwanden, und das Jucken aufhörte. Etwa sechs Wochen nach Beginn dieser Behandlung, als sich schon deutlich Besserung einstellte, wurde das Blut von neuem, und zwar mit folgendem Ergebnis, untersucht:

Ein weifses Blutkörperchen auf 320 rote.
Auf 100 weifse Blutkörperchen kamen 75 polynukleäre,
6 grofse mononukleäre,
9 mittlere mononukleäre,
3 Lymphocyten,
7 eosinophile.
Die roten Blutkörperchen normal, nicht deformiert.

Zurzeit ist die Haut an der Stelle der ehemaligen Tumoren am Hals nur wenig verdickt. Patient nimmt das Ichthyol noch weiter. Doch mufs gesagt werden, dafs in diesem Falle auch noch Kakodylateinspritzungen angewandt wurden; der Patient bestand darauf, weil ihm andere Ärzte dazu geraten hatten.

Der dritte Fall von Ichthyolbehandlung der Mykosis fungoides betraf gleichfalls einen männlichen Patienten. Bei diesem 65jährigen Herrn bestand seit einigen Monaten auf Kopf- und Stirnhaut eine Röte mit Abschuppung, die in jeder Weise einem Ekzema seborrhoicum glich. Ganz ähnliche ekzematöse, schuppende Flächen befanden sich ferner an den Innenflächen der Arme und der Oberschenkel, in den Achseln, den Ellbogen- und Handgelenken, am Gesäfs und am Scrotum. Alle diese Herde unterschieden sich nur durch eine stärkere Verdickung und durch heftiges Jucken von dem Ekzema seborrhoicum. Zuerst versuchte ich naturgemäfs die beim Ekzema seborrhoicum übliche Therapie, reduzierende Mittel, Teer usw. Doch wurde davon nur die Erkrankung der Kopfhaut günstig beeinflufst, das Jucken bestand in der alten schlafstörenden Heftigkeit fort, und auch das Ekzem der Arme und Beine zeigte nicht

die leiseste Veränderung; vielmehr fingen einzelne rote, infiltrierte Herde an, sich mehr und mehr zu verdicken und ein lichenoides Aussehen zu gewinnen. Auch asiatische Pillen und Kakodylateinspritzungen brachten nach zwei Monaten keine genügende Wirkung.

Ich vermutete nun eine Mykosis fungoides und liefs das Blut wieder untersuchen:

Ein weifses Blutkörperchen kam auf 100 rote.
Auf 100 weifse Blutkörperchen kamen 48 polynukleäre,
35 grofse mononukleäre,
10 mittlere und kleine mononukleäre,
6 eosinophile.

Es waren also namentlich die grofsen mononukleären vermehrt.

Durch die mononukleäre Leukocytose wurde demnach die Diagnose Mykosis fungoides bestätigt. Dafs diese zusammen mit dem Ekzema seborrhoicum vorkommt, hat schon mein Lehrer UNNA beobachtet. (Vergl. seine „Histopathologie", Kapitel: Mykosis fungoides.)

Nun wurde auch bei diesem Patienten die Ichthyolbehandlung (0,5 bis 1,0 täglich) mit dem nämlichen günstigen Erfolg eingeleitet; nach zwei Monaten trat bedeutende Besserung ein, Rückbildung der Herde, Nachlafs des Juckens. Patient nimmt das Ichthyol noch weiter.

* * *

Es ist mir gewifs nicht unbekannt, dafs bei der Mykosis fungoides zuweilen von selber Besserungen und Heilungen vorkommen. Allein die günstigen Ergebnisse, die ich in den obigen drei Fällen mit dem Ichthyol erzielt habe, verdienten doch, unterstrichen zu werden. Besonders beachtenswert erscheint der erste Fall, bei dem eine recht schwere Mykosis fungoides generalisata fünf Jahre lang erfolgreich mit Ichthyol bekämpft wurde. Vielleicht fühlen sich auch andere Kollegen dadurch veranlafst, das Mittel nachzuprobieren.

Durch die Blutuntersuchung wurde in den beiden letzten Fällen eine ausgesprochene Leukocytose im Beginn der Mykosis fungoides nachgewiesen, dieses Symptom kann in zweifelhaften Fällen sehr wertvoll sein.

Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1904. Bd. 69. Heft 1 u. 2.

I. **Hypertrophie und multiple Cystadenome der Schweifsdrüsenknäuel**, von P. Thimm - Leipzig. Nach einem kritischen Überblick über die einschlägige Literatur teilt Verfasser die Krankengeschichte eines Falles bei einem 35jährigen Manne mit, der seit seinem 17. Lebensjahre am Rumpf, Halse, an den Beugeseiten beider Unterarme und in den Kniekehlen zahlreiche, teils ganz flache, eben noch das Hautniveau überragende, teils stärker hervorgewölbte, breitbasige, hanfkorn- bis erbsengrofse Tumoren zeigte. Die gröfseren erinnern an Lipome, die kleineren sind härter und fühlen sich wie dicht unter der Haut gelegene, verschiebbare Schrotkörner an. Hinsichtlich ihrer Farbe lassen sich drei Arten von Tumoren unterscheiden: 1. schwarzgrau transparente; 2. normalfarbige; 3. intensiv gelb gefärbte.

Am stärksten befallen war die untere Sternalgegend.

Die Entwicklung und das Wachsen der Tumoren ging zwischen dem 17. und 25. Lebensjahre vor sich, dann trat Stillstand ein.

Verfasser beschreibt im folgenden sehr ausführlich das Resultat der mikroskopischen Untersuchung. Es handelt sich nach den Befunden um hypertrophierte Schweifsdrüsenadenome mit stellenweise beginnender Cystenbildung. Die Phasen des pathologischen Prozesses wären: „Hypertrophie der normalen Knäueldrüsen, Übergang zu grofsen Drüsenkonvoluten mit erweiterten, teils hohlen, teils kompakten Schläuchen, eventuell unter Bildung neuer Sprossen, dann zum vielkammerigen Cystadenom, endlich Bildung einer einkammerigen grofsen Epithelcyste."

II. **Über Pseudoxanthoma elasticum**, von Werther - Dresden. Einen Fall dieser seltenen Krankheit teilt Verfasser mit. Es handelt sich um eine 28jährige Dame, die im Alter von 16 Jahren am Halse, in der Achselhöhle und in den Ellbogenbeugen 2—3 mm hohe, glatte, nirgends gedellte, weiche, abgerundete, elfenbeinfarbige, etwas ins Bläuliche spielende Knötchen bekam. Abgesehen von leichtem Jucken in den befallenen Partien verursachte die Affektion keinerlei subjektive Beschwerden.

Zwei Schwestern der Patientin waren mit derselben Affektion behaftet. Auch bei diesen war die Krankheit um das 16. Lebensjahr an denselben Stellen entstanden.

Das histologische Bild, welches Verfasser schildert, entspricht einem typischen Pseudoxanthoma elasticum Dariers. Vorwiegend handelt es sich um eine eigenartige Erkrankung der elastischen Fasern der Haut. Dieselben sind aufgequollen, ihr Verlauf ist regellos, ihre Verbindungen sind unterbrochen, ihre Funktionen aufgehoben. Sie färben sich schwächer mit saurem Orcein als normale elastische Fasern. Ferner wechseln gefärbte und ungefärbte Teile im Verlaufe der erkrankten Fasern ab.

An zweiter Stelle zeigt sich das Kollagen erkrankt. Es färbt sich intensiv mit Eosin oder Fuchsin, die Balken machen einen plumperen, geschwollenen Eindruck, die Kerne sind gewuchert. Innerhalb und oberhalb der Herde findet man starke peritheliale Zellwucherung, nirgends kleinzelliges, entzündliches Infiltrat. Ebenso fehlen die Xanthomzellen und die Anzeichen einer hyalinen Degeneration.

Alles in allem kann man sagen, handelt es sich anatomisch um eine regressive Ernährungsstörung, eine Degeneration der kollagenen und elastischen Fasern in einer

abgegrenzten Cutislage. Bei vieler Ähnlichkeit der Verhältnisse bei Pseudoxanthom mit den senilen Veränderungen der elastischen Fasern kann man sie doch nicht, wie Tannenhain es will, als präsenile Erscheinungen auffassen, weil hier keine Hautatrophie vorliegt, weder die Epidermis noch die Cutis sind verdünnt, noch die Papillen abgeflacht. Es ist auch in keinem der publizierten Fälle ein Ausgang in Schwund der degenerierten Massen beobachtet worden. In allen Fällen ist eine circumskripte Volumenzunahme der erkrankten Hautstellen vorhanden, was bei der senilen Degeneration nicht der Fall ist. Auch die histologischen Veränderungen der elastischen Fasern, der hochgradige Zerfall, die eigenartige Perlschnurbildung und andere entsprechen nicht denen des senilen Prozesses.

In ätiologischer Beziehung ist von Interesse, „dafs das Pseudoxanthom mit Vorliebe bei anderweitig kranken und schlecht genährten Leuten auftritt, bei denen eine Dystrophie sowohl auf autotoxischer wie auf neurotischer Basis denkbar ist".

Vielfach entsteht das Pseudoxanthom um die Pubertätszeit, wie aus dem Alter der Patienten hervorgeht.

III. **Beiträge zur PAGETschen Erkrankung**, von J. Fabry und H. Trautmann-Dortmund. Im ersten Abschnitt der vorliegenden Arbeit behandelt Fabry an der Hand der einschlägigen Literatur die Ätiologie und Pathologie der Pagetschen Erkrankung und teilt sodann ausführlich die Krankengeschichte eines Falles bei einer 30jährigen Patientin mit. Nach einem von dem früheren behandelnden Arzte Dr. Bohm aufgenommenen Photogramm zeigte die Affektion im Jahre 1902 folgende wesentliche Charaktere der Krankheit:

1. Die nach aufsen konvexen Begrenzungslinien in der ganzen Peripherie der erkrankten Haut.

2. Die allenthalben in der ganzen oberflächlich erodierten Partie (dunkelbraun) eingesprenkelten unregelmäfsigen Epithelinselchen (hellweifs).

3. Die eingezogene Brustwarze, etwas nach der Axillarlinie entfernt vom geometrischen Mittelpunkte, die ganze Fläche als Kreis gedacht, liegend.

4. Der etwa zweifingerbreite, erythematöse Hof nach innen begrenzt von den erwähnten konvexen Grenzlinien, nach aufsen übergehend in die gesunde Haut.

Im weiteren Verlaufe wurde die ganze erkrankte Partie verdickt, eiternd, nässend. Etwa zweifingerbreit nach innen von der Mammilla wurde eine harte Stelle gefühlt, die den Verdacht eines beginnenden Carcinoms erregte. Drüsenschwellungen sind in der Axilla nicht wahrnehmbar. Das Allgemeinbefinden der Patientin war ein gutes. Im Dezember 1902 wurde von Dr. Tenderich in Wesel die erkrankte Brust amputiert. Die Patientin überstand die Operation gut und befand sich bis Mai 1903 wohl. Die histologische Untersuchung von Schnitten des Randes der Pagetschen Erosion ergab Befunde, welche auf einen vorwiegend im Epithel und in der Cutis sich abspielenden Krankheitsprozefs hindeuten. Derselbe weist folgende Hauptmerkmale auf: „1. Abstofsung der Hornschicht in ihren obersten Schichten (oberflächliche Erosion); 2. Wucherung der Schleimschicht des Epithels durch Quellung und echte Hypertrophie des Epithels; 3. Schwund der Malpighischen und Basalschicht durch Vakuolenbildung in der Cutis; 4. Reaktive Entzündung in erster Linie in der oberen Cutis und geringeren Grades in den tieferen Schichten derselben."

Als besonders charakteristisch für die Pathologie der Erkrankung sieht Verfasser die in der Cutis befindlichen zahlreichen, in allen Schnitten nachweisbaren, gröfseren und kleineren, bald mehr ovalären, bald mehr rundlichen Hohlräume an, welche miteinander kommunizieren und dunkler tingierte krümelige Massen enthalten. Bei starker Vergröfserung betrachtet, stellen dieselben Haufen von Körperchen dar, welche als Hefen anzusprechen sind.

In Schnitten von der Haut in der Nähe der Mammilla zeigen sich die beschriebenen Befunde deutlicher und stärker ausgeprägt. Stellenweise liefsen sich die Charaktere des echten Carcinoms erkennen.

Die Untersuchung von Schnitten der Axillardrüse ergibt, dafs dieselbe bereits carcinomatös entartet ist.

Aus den Schlufsfolgerungen des Verfassers sei folgendes hervorgehoben:

Die Pagetsche Erkrankung der Brustdrüse ist eine Krankheit sui generis und weder den Ekzemen noch den Carcinomen zuzurechnen. Wohl aber ist in ihrem sehr chronischen Verlauf und ihrer Lokalisation in der Epidermis und oberen Cutis der Boden für ein sekundär hinzutretendes Epithelcarcinom äufserst günstig geebnet.

Die nachgewiesenen Mikroorganismen haben sich ganz unzweifelhaft als Hefen erwiesen. Die in der Cutis befindlichen gröfseren und kleineren Vakuolen hängen mit der Hefeninvasion zusammen und scheinen durch dieselben hervorgerufen zu sein, denn gerade in der Cutis und speziell in den Vakuolen finden sich die Hefen am stärksten entwickelt.

Inwieweit die Pagetsche Erkrankung mit der Blastomykose, der sie klinisch wie anatomisch vielfach ähnlich ist, verwandt oder ihr identisch sei, mufs weiteren Forschungen vorbehalten bleiben.

Im zweiten Teile der vorliegenden Arbeit berichtet Trautmann über die bakteriologischen Untersuchungen und beschreibt die isolierte Hefenart. Ob dieselbe der Erreger der Pagetschen Krankheit ist, will Verfasser mangels hinreichender Tierexperimente noch nicht entscheiden.

III. **Zur Kenntnis des Jododerma tuberosum fungoides,** von Albert Schütze-Berlin. Eine 53jährige Patientin bekam während einer Schmierkur innerlich Natrii jodat. 6 : 200,0 zweistündlich einen Efslöffel. Nachdem etwa 29 g Jodnatrium eingenommen waren, entwickelten sich auf dem Nasenrücken und zu beiden Seiten des Naseneinganges stecknadelkopf- bis kleinlinsengrofse, weifslichgelbe, mit einem rötlichen Hof umgebene, Eiter enthaltende, wie Aknepusteln aussehende Efflorescenzen, ebensolche am linken Oberarm in der Nachbarschaft der kurz zuvor geimpften und mit Impfpocken bedeckten Stellen. Im weiteren Verlaufe werden die Pusteln immer gröfser und nehmen rechts fast die ganze Nasenwand ein. Die ganze Affektion stellt einen schweren, fortschreitenden Granulationsprozefs dar. Der Inhalt der Efflorescenzen besteht hauptsächlich aus Leukocyten, von Bakterien nur wenige Staphylokokken.

Durch die Wucherungen erhält die Nase eine unförmige, das Gesicht entstellende, rüsselartige Gestalt.

Die Vaccinepusteln am Arm sind konfluiert und zeigen eine nässende, oberflächliche Nekrosen bildende Ulcerationsfläche ohne Tendenz zur Frogredienz.

Nach Aussetzen der Jodmedikation und lokaler Behandlung mit Umschlägen von essigsaurer Tonerde oder Bleiwasser bildeten sich die Wucherungen an der Nase zurück, die Ulcerationsfläche heilte ab. Leicht vertiefte, weifslich-glänzende Narben deuten die Stellen der schweren Affektion an.

IV. **Ein Fall von multipler Lymph- resp. Chylangiektasie mit Chylorrhoe,** von W. Bornemann-Frankfurt a. M. Es handelt sich um einen 16jährigen Patienten, der bis zum 14. Lebensjahre stets gesund war. Eines Tages bemerkte er nach einer gröfseren Anstrengung, dafs weifsliche Tropfen aus der Harnröhre flossen. Gleichzeitig fielen ihm am Skrotum und Penis kleine Bläschen auf, die einen weifslichen Inhalt durchschimmern liefsen. Das „Laufen“ aus der Harnröhre wiederholte sich in der letzten Zeit fast täglich, zumeist gegen Abend, und hielt einige Stunden an. Auch die Zahl der Bläschen nahm stark zu, da Patient in einer Ziegelei angestrengt arbeiten mufste. Das Präputium verdickte sich immer mehr, so dafs es schliefslich

zu völliger Phimosis kam, und der Dorsalschnitt gemacht werden mufste. Seit einem Vierteljahr beobachtete der Patient eine Anschwellung des linken Oberschenkels und hier und da das Auftreten ähnlicher Bläschen, die zeitweilig spontan eine bald mehr farblose, bald milchig-weifse Flüssigkeit austreten liefsen.

Das Allgemeinbefinden des Patienten war wenig gestört, nur fühlte er sich, wenn der Ausflufs lange angehalten hatte, vorübergehend matt und abgeschlagen.

Das Aussehen der aus der Harnröhre austretenden Flüssigkeit entspricht am meisten dem fetter Milch. Nach kurzer Zeit tritt klumpige Gerinnung ein.

Mikroskopisch findet man eine Unmenge feinster Fettpartikelchen, vereinzelte Leukocyten, sehr wenige rote Blutkörperchen. Parasiten waren weder in dieser Flüssigkeit, noch im Blute aufzufinden. Die Untersuchung der inneren Organe ergab abgesehen von einer mäfsigen Vergröfserung der Leberdämpfung, normale Verhältnisse.

Nach den Befunden handelte es sich zweifellos um Chylus, wobei derselbe bald intensiv weifs, bald mehr hell, mehr lymphe- als chylusartig war. Wenn Patient des Morgens viel Milch mit Rahmzusatz trank und dann mehrere Stunden herumgelaufen war, sah die Flüssigkeit stark milchig aus. Die Stellen, an denen der Übertritt des Chylus in die Urethra erfolgte, scheinen in der Pars anterior zu sein, da der Urin normales Verhalten zeigte, also keine Chylurie bestand.

Unter Bettruhe trat eine Abschwellung des linken Beines ein, und die Chylorrhoe verschwand.

Die sonstigen Ursachen der Chylektasien und Chylurien resp. Chylorrhoen, wie Traumen, Parasiten (Filaria sanguinis, Taenias nana, Distomum) konnten im vorliegenden Falle mit Sicherheit ausgeschlossen werden. So bleibt nur übrig als ätiologisches Moment eine primäre, vielleicht kongenitale, fehlerhafte Bildung der Lymphbahnen selbst anzunehmen.

V. **Über einen Fall von Lupus nodularis hämatogenen Ursprunges**, von Max Wolters-Rostock. Der 32jährige, früher stets gesunde Patient bemerkte vor etwa zwei Jahren, dafs die Haut der Nase über dem rechten Nasenbein sich mehr und mehr rötete und langsam anschwoll; in den letzten Monaten hat die Schwellung rascher zugenommen. An der erwähnten Stelle befindet sich eine rundliche, etwa markstückgrofse, bis dicht an den inneren Augenwinkel heranreichende, bläulichrote, nach der Peripherie hin mehr bräunliche, schliefslich in die normale Hautfarbe übergehende, weiche, ungefähr $^1/_2$ cm das Niveau der Haut überragende Erhabenheit von glatter Oberfläche. Defekte, Ulcerationen, Narben, Krusten, Schuppen fehlen ganz. Unter dem Phaneroskop bemerkt man in der erkrankten Hautstelle eine grofse Zahl von nadelkopfgrofsen, bräunlichen Fleckchen, die besonders im Zentrum dicht gedrängt sind. Als Knötchen sind dieselben nicht fühlbar, dagegen dringt eine feine Sonde leicht in das Gewebe ein. — In der linken Unterkiefergegend befindet sich ein 5 cm im Durchmesser bläulichroter, kongenitaler Gefäfsnävus, der zu der anderen Affektion in keiner Beziehung steht.

Die erkrankte lupöse Partie wurde exzidiert und der Defekt durch Transplantation gedeckt.

Die mikroskopische Untersuchung stellte fest, dafs den Fleckchen und Knötchen Einlagerungen in der Cutis und Subcutis entsprachen, welche gegen die Nachbarschaft sich scharf absetzende zylinder- oder kugelförmige Zapfen darstellten. Das kollagene Gewebe, wie die elastischen Elemente erschienen normal. Die letzteren sind nur in der unmittelbaren Nachbarschaft der eingelagerten Zapfen dichtgedrängt, wie komprimiert. Die Zapfen selbst bestehen zum gröfsten Teile aus grofsen, meist ovalen epitheloiden Zellen. Nach dem Zentrum des Herdes hin nehmen sie mehr runde, nach der Peripherie hin mehr spindelige Form an. Eine schmale Randzone jedes

Zapfens ist von runden, lymphoiden Zellen durchsetzt, welche in kürzeren oder längeren Zügen auch in das Innere der Zapfen eindringen. Typische Plasmazellen fehlen ganz, Riesenzellen sind nur in spärlicher Zahl vorhanden.

Da es Verfasser gelungen ist, in verschiedenen Zerreibungspräparaten Tuberkelbazillen aufzufinden, so unterliegt es keinem Zweifel, daſs man es mit einem Lupus zu tun, daſs die geschilderten rundlich und ovoid gestalteten Massen von Granulationsgewebe Konglomerate von Tuberkeln darstellen. Die einzelnen Herde bevorzugen hinsichtlich ihrer Lokalisation die Nähe der Gefäſse. Verfasser schildert sehr eingehend die Befunde an den Blutgefäſsen bei Lupus. Aus denselben schlieſst er, daſs die tuberkulöse Veränderung im vorliegenden Falle in der Intima ihren Anfang genommen, sich von da ins Lumen hinein ausgedehnt habe, daſs aber die Wucherungen in den Gefäſsen schlieſslich auch zu einer Zerreiſsung der elastischen Membran und zu einer Dehnung der Gefäſshäute führen muſste. Dadurch seien dann die Herde tuberkulösen Gewebes in der Umgebung und Nähe der Gefäſse entstanden, wie sie das Bild des Lupus nodularis ergeben. Der erste Anstoſs zu der Neubildung erfolge durch Bazillen, welche auf dem Blutwege zu der primären Stelle gelangen. Wo diese letztere sich befinde, konnte nicht eruiert werden; wahrscheinlich ist sie in einer versteckt liegenden Drüse zu suchen, aus welcher das Virus in den Blutstrom gelangte und sich bei der langsamen Strömung in den Venen in der Intima derselben nach Durchbohrung der Endothellage ansiedelte.

VI. **Ein „Erythema pustulatum grave (exanthematicum)"**, von Ludwig Merk und Paul Rusch-Innsbruck. Die Krankengeschichte des 20jährigen Mädchens, welches in der Kindheit Variola durchgemacht, in den letzten Jahren sich blennorrhoisch und luetisch infiziert hatte, wird zusammenfassend folgendermaſsen rekapituliert:

„Unter dem Bilde einer schweren Infektionskrankheit mit andauernd hohem Fieber, Milzvergröſserung, schmerzhaften Gelenkschwellungen tritt, eingeleitet von einer Reihe Prodromalsymptomen nach Art der kontagiösen Exantheme ein Ausschlag auf, dessen Ausbildung sich über mehrere Tage erstreckt, eine genau erkennbare Höhe erreicht, worauf sich der ganze Prozeſs zurückbildet und in Genesung übergeht. Dem Hauptexantheme kongruent verläuft in ebenso typischer Weise ein solcher der Schleimhäute im Munde, im Gaumen, im Kehlkopfeingange, an den Bindehäuten und am äuſseren Genitale.

Dieses alles wird zunächst von einem Katarrhe der oberen Luftwege begleitet (Nase, Bronchien), der sich schlieſslich zu pneumonischen Erscheinungen steigert, und endlich beobachten wir als komplikatorische Erscheinungen von Seite des Darmtraktus einen Katarrh mit schwer stillbaren Diarrhoen. Die Summe aller dieser Erscheinungen allein stempeln den Prozeſs an und für sich schon zu etwas Eigenartigem, zu einem unleugbaren Morbus sui generis. Aber auch das Exanthem für sich genommen stempelte die Krankheit zu etwas Besonderem: erythematöse, schwach erhabene Flecken, oder wenn man will, erythematöse, schwach erhabene, breit aufsitzende Papeln entwickeln in ihrem Zentrum miliare Pustelchen, deren Inhalt sofort eitrig oder zum mindesten trübe ist. Diese Pustelchen konfluieren zu gröſseren Phlyktänen, trocknen ein und wandeln sich in zentrale Krusten um. Ihre Lokalisation betrifft bestimmte, auch von anderen Erythemformen bevorzugte Körperstellen. An ihnen bleibt der Charakter des Erythematösen stets gewahrt; denn selbst im Zustande der Pustulation besteht der gerötete Hof, und die abheilende Efflorescenz ist gleichfalls ein schwach schilfernder roter oder livid verfärbter, später leicht pigmentierter, unmerklich erhabener Fleck. Der Zustand der Pustulation und Krustung dauert im Vergleich zur einfachen Rötung nur kurze Zeit, und oft sahen wir erythematöse Stellen, an denen die Pustulierung ausblieb oder nur ganz andeutungsweise, gleichsam in abortiver Weise, beobachtet

wurde. In ähnlicher Weise verläuft das Exanthem an den Schleimhäuten. Nur ist hier das klinische Bild durch die besondere anatomische Beschaffenheit des Bodens und der speziellen physikalischen Besonderheiten modifiziert: Infolge des macerierenden Einflusses der feuchten Wärme und Reibung sind die Bläschen und Pustelchen von vornherein belegte, punktförmige Erosionen oder gröfsere, ganz oberflächliche Bloßlegungen des Bindegewebes auf enorm geschwelltem, entzündetem Boden.

Das Erythem ist der Grundzug im Bilde des Ausschlages, die Pustulierung gibt ihm eine besondere Prägung."

Die Verfasser suchen nach analogen Fällen in der Literatur und gelangen zu der Ansicht, dafs die alte Einteilung Hebras der exsudativen Dermatosen mit akutem Verlaufe in kontagiöse und nicht kontagiöse im Hinblick auf den vorliegenden Fall auch heute noch ihre Geltung haben könne.

VII. **Beitrag zur Kenntnis der Hautblastomykose,** von G. Löwenbach und M. Oppenheim-Wien. Die Verfasser beschreiben einen Fall von Blastomykose bei einem 26jährigen Feldarbeiter, der seit seinem zwölften Lebensjahre an einer Affektion der Nasengegend leidet. Die Haut an der rechten Ala nasi von der Nasolabialfurche bis gegen den Nasenrücken hin und über denselben hinaus zeigt eine narbige, bläulichrote, glatte Oberfläche mit zahlreichen eingestreuten helleren narbigen Stellen. Das buntscheckige Aussehen dieser Partie wird noch erhöht durch 20 bis 25 eigenartige, aufserordentlich kleine gelblichrote bis livide, glänzende, halbkugelige, von Konsistenz weiche, herpesartige Knötchen, die sich leicht anstechen lassen und einen blutig tingierten, gelblichgrauen, dicklichen Inhalt zu Tage fördern. Nach unten und median von der Knötchengruppe sieht man eine zackige tiefe Ulceration, welche auf die Nasenschleimhaut übergreift und übelriechendes, serös-eitriges Sekret absondert. Kleine Knötchen sind auf der Schleimhaut der Ala nasi nicht zu finden.

Die Verfasser besprechen die Differentialdiagnose der besonders an Lupus erinnernden Affektion und führen die Argumente an, weshalb es sich im vorliegenden Falle um Blastomykose handle.

Für dieselbe sprechen, abgesehen vom klinischen Bilde, der mikroskopische Befund, insbesondere die charakteristischen kugeligen Körperchen und der überraschend prompte Effekt der Jodkaliumtherapie. Die Behandlung mit grofsen Dosen Jodkalium, durch 3—4 Wochen fortgesetzt, genügte, um den Krankheitsherd, ohne jede anderweitige oder lokale Behandlung, nahezu vollständig zu heilen. Die kleinen Knötchen verschwanden spurlos, das Geschwür überhäutete sich und hinterliefs eine glatte Narbe.

Die histologische Untersuchung hat ergeben, „dafs die transparenten Knötchen auf intrakorneale und subkorneale Pustel- und miliare Abscefsbildung in der Epidermis nebst leichter Wucherung der Stachelschicht und stellenweise mächtigem Infiltrat des Papillarkörpers zurückzuführen sind; in all diesen Produkten des Krankheitsprozesses finden sich Blastomyceten, nahezu ohne Beimengung anderer Mikroorganismen".

Versuche, die Hefen auf künstlichen Nährböden zu züchten, gelangen nicht. Im folgenden wird die einschlägige Literatur besprochen.

VIII. **Über die tuberkulöse Natur des Angiokeratoms und über familiäre Tuberkulide,** von L. Pautrier-Paris. Für die tuberkulöse Natur des Angiokeratoms sprechen 1. die histologischen Befunde, nämlich Gefäfsveränderungen und perivaskuläre Infiltration, die sich bis zur Nekrose steigern kann und welche den pathologisch-anatomischen Befunden bei den Tuberkuliden entspricht; 2. die klinischen Argumente: a) die Koexistenz des Angiokeratoms mit sicher tuberkulösen Erscheinungen; b) die Koexistenz des Angiokeratoms mit anderen Tuberkuliden.

Das Thema wird an der Hand der einschlägigen Literatur und eigener Beobachtung eingehend behandelt.

In einem vom Verfasser beschriebenen Falle litt ein junges Mädchen an Lupus pernio, Angiokeratom und Lungentuberkulose, der Vater und der Onkel der Patientin an Lupus erythematodes, und in der Familie der Mutter fand sich Tuberkulose. Dieser Fall und ähnliche in der Literatur publizierte Fälle beweisen, dafs das Kapitel von den Hauterscheinungen der Tuberkulose noch nicht abgeschlossen ist.

IX. **Beiträge zur Tuberkulose der Haut**, von V. Klingmüller-Breslau. Der Verfasser hat sich seit längerer Zeit klinisch und experimentell mit einigen tuberkulösen Dermatosen und mit Hauterkrankungen, welche bei Tuberkulösen vorkommen, beschäftigt. In der vorliegenden Arbeit werden die Resultate der Untersuchungen ausführlich mitgeteilt und eingehend besprochen.

Was den Lichen scrofulosorum betrifft, so ist derselbe nach der Ansicht des Verfassers „eine bei Tuberkulösen auftretende Dermatose, welche nicht durch unmittelbare Wirkung der Tuberkelbazillen, sondern durch die den Tuberkelbazillen entstammenden Giftstoffe entsteht. Er tritt nur bei solchen Menschen auf, welche auch sonst an Tuberkulose, und zwar an deren chronischen Formen leiden".

Über die Pathogenese des Lupus vulgaris spricht sich Verfasser dahin aus: „Der Lupus vulgaris wird verursacht durch virulente und vermehrungsfähige Tuberkelbazillen. Die Haut und das subcutane Gewebe bieten dem Tuberkelbazillus keine besonders günstigen Bedingungen für seine Vermehrung, daher findet man nur geringe Mengen von Bazillen. Es entzieht sich vorläufig unserer Kenntnis, welche Umstände die Vermehrung der Bazillen beeinflussen können. Es wäre möglich, dafs Temperaturdifferenzen in der Haut oder Virulenzschwankungen eine Rolle spielen. Dafs sich dagegen die Tuberkelbazillen auch in der Haut stark vermehren und virulent erhalten können, wird durch die Fälle von echter, ulceröser Hauttuberkulose bewiesen, bei welchen sich oft massenhaft vermehrungsfähige Bazillen finden.

Fälle von Inokulationslupus machen die Annahme sehr wahrscheinlich, dafs die ausgedehnten Gewebsveränderungen beim Lupus vulgaris von den Giftstoffen hervorgerufen werden, welche aus den Bazillen stammen. Diese Giftstoffe können einmal sein Absonderungsprodukte lebender Bazillen oder aus abgetöteten Bazillen ausgelaugte Extrakte." *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band VII, Heft 6.

I. **Keratoma hereditarium palmare et plantare** von J. Böhm-Karlsbad. Ein mittelgrofser, kräftiger, 25jähriger Kaufmann leidet an obiger Krankheit. Die Affektion ist an den Händen stärker als an den Fufssohlen entwickelt. Die Haut ist daselbst bedeutend verdickt, durch zahlreiche längs- und querverlaufende Falten und Furchen in Plättchen, Platten und Schilder von polygonaler Gestalt und bernsteingelber bis schmutzig braungelber Farbe geteilt. Die Hornplatten sind an manchen Stellen mehrere Millimeter hoch und an den Rändern gerieft. Werden die Hände in aufrechter Stellung gegen das Tageslicht gehalten, so sieht man die dicken Hornplatten in ihrer schöngelben Eigenfarbe. Mäfsige Hyperhydrosis, keine Schuppenbildung. Die Affektion ist symmetrisch, grenzt sich gegen die Dorsalseite ziemlich scharf mit einem bläulichroten Walle ab. Die Hornmassen halten fest zusammen und lassen sich nur unter mechanischer Einwirkung in gröfseren Lamellen und Schichten abheben. An den Fufssohlen sind die Furchen nicht so tief, die Platten selbst sind durchwegs bernsteingelb. Die Affektion ist in der Familie des Patienten erblich von der Grofsmutter mütterlicherseits und bisher bei elf Familienangehörigen vorhanden.

II. **Ein billiges Phantom zum Blasenspiegeln** von F. B. Solger-Neisse. Es besteht aus frischen Schweinsblasen, an denen die Harnröhre noch ungefähr in einer Länge von 10 cm erhalten sein muſs und auch von den Uretheren ein tunlichst langes Stück erhalten ist. Diese Blase spült man zunächst aus. Darauf legt man um die Mitte des länglichen, schlaffen Organs eine feste Ligatur und füllt mit einer Handdruckspritze die Blase mit Wasser, etwa 500 ccm. Nunmehr legt man das Präparat mit der Harnröhre nach vorn in ein dreieckiges Eiterbecken. Eine Schieberpinzette verhindert das Ausströmen des hineingespritzten Wassers. Das Eiterbecken stellt man vor sich auf den Operationstisch, dessen Sitz in Beckenhochlagerung gestellt ist. Man entfernt jetzt die Klamme und führt das Cystoskop ein. Schlieſst die Harnröhre nicht dicht, so kann man eine elastische Binde herumlegen. Man kann auf diese Weise sich stets gut im Cystoskopieren üben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

1904. Heft 1.

Über Gleitmittel für Katheter, Bougies usw., von A. Strauss-Barmen. Nach vielfachen Versuchen mit den von Kraus und Casper empfohlenen Tragacanthlösungen hat sich dem Verfasser folgendes Rezept als ein geradezu ideales Gleitmittel erwiesen:

℞ *Tragacanth.* 1,5
Tere cum aq. frigid. 50,0
Adde *Glycerin.* ad 100,0
Coque ad sterilisationem,
adde *Hydrarg. oxycyanat.* 0,2
(oder *Formalin* 0,1).

Man achte auf eine vollständige Lösung des Tragacanths, damit man eine dickölige Konsistenz erhalte. Dann läſst sich ein Schlüpfrigmachen der Instrumente gut in der Weise bewerkstelligen, daſs man am Katheter z. B., den man am hinteren Ende faſst, einen Tropfen auf die Mitte aufgieſst und ihn, während er noch am Glasrand hängt, heruntergleiten läſst.

Blennorrhoe im Wochenbett, von H. Lehmann-Stuttgart. Kurze Besprechung des Themas auf Grund eigener Beobachtungen und sonstiger Publikationen. Verfasser warnt dringend vor jeglicher Polypragmasie bei blennorrhoischer Infektion des Uterus post partum. Höchstens sind ganz vorsichtige Scheidenspülungen unter niedrigem Drucke mit 2%iger Borlösung oder 1%iger Lysollösung zur Beseitigung von Sekret bei schonendster Allgemeinbehandlung anwendbar.

Der Gefrierpunkt des Urins bei Nierenkrankheiten, von L. Weil-Stuttgart.

Die Lehre von der Homosexualität als Gemeingut wissenschaftlicher Erkenntnis, von G. Merzbach-Berlin. Verfasser betont die Notwendigkeit weiterer Aufklärung auf diesem Gebiete. Die Homosexualität ist nicht eine Äuſserung der freien Willenstätigkeit (abgesehen von „unechten Urningen", welche aus Gelegenheitsursachen oder andererseits Gewinnes halber homosexuell verkehren), sondern eine angeborene resp. erworbene Perversion und ist als solche als absolut unheilbar zu bezeichnen. Zwischenformen stellen die Bisexuellen dar, bei denen der Geschlechtssinn nicht auf den Geschlechtscharakter gerichtet ist, sondern auf einen speziellen Typus, so daſs gelegentlich auch heterosexuell verkehrt wird. In allen Fällen ist der Ehekonsens unbedingt und auf immer zu verweigern, auſser allenfalls zwischen homosexuellem Manne und gleich veranlagter Frau unter Ausschluſs von Geschlechtsverkehr. Die Therapie beschränkt sich einzig und allein auf die Behandlung neurasthenischer Begleiterscheinungen. Pflicht des Arztes ist es aber, sich über diese immerhin ziemlich

verbreitete Anomalie (so in Berlin angeblich hunderte) bekannt zu machen, um diesen Unglücklichen durch ein verständnisvolles Eingehen auf ihren Zustand raten und helfen zu können.

Über Impotenz, von M. GORDON-Hamburg. Es wird hier die Impotentia coeundi mit den vier ätiologischen Abteilungen der mechanischen, psychischen, nervösen und paralytischen Leistungsunfähigkeit kurz erörtert. (Forts. folgt.)

Pflege der Mundhöhle bei Syphilis und deren Behandlung durch eine Quecksilberkur, von E. REIF-Stuttgart. Verfasser betont die Wichtigkeit einer gesunden Beschaffenheit der Zähne bei der Hg-Behandlung. Man entferne deshalb zuvor alle kariösen Zähne, Stümpfe und Rauhigkeiten. Auch während der Verabreichung des Quecksilbers sei eine Entfernung von beeinträchtigenden Zähnen, mögen diese kranke, bei Karies, oder sogar (bei durchbrechenden Weisheitszähnen) gesunde sein, durchaus nicht kontraindiziert. Selbst bei schon eingetretener Stomatitis ist eine Radikalbehandlung durchaus zu empfehlen.

Über Enuresis nocturna, von K. RIES-Stuttgart. Einleitend werden hier die Erscheinungen und ätiologischen Momente der Enuresis besprochen und Äußerungen von DITTEL, PEYER und OBERLÄNDER angeführt. (Forts. folgt.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band 2. Heft 6.

1. **Inwieweit können die Krankenkassen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beitragen?** von ALBERT NEISSER-Breslau. (Schluß.) Den Vorschlag SAALFELDS zur Gründung von Arbeitssanatorien für erwerbsfähige Syphilitische dürfte an praktischen Schwierigkeiten scheitern, abgesehen davon, daß dabei auf die Tripperkranken ja gar keine Rücksicht genommen wird. LEDERMANN schlägt ambulatorische Behandlungsstätten vor, in denen alle Kurprozeduren zu erfolgen hätten. Verfasser würde solche Kranke der „Schmierstuben" lieber ins Spital verweisen. Die Krankenhausbehandlung gibt eben die grössten Garantien erfolgreicher therapeutischer Beeinflussung. Trotzdem hat die ambulante Behandlung der Geschlechtskranken ein weites, weites Feld. Dieselbe läßt manches zu wünschen übrig – mangelhafte Spezialvorbildung der Ärzte, ungenügender Hochschulunterricht, Fehlen eines Prüfungsfaches „Haut- und Geschlechtskrankheiten". NEISSER fordert auch für die Kassen-Anstellung gut vorgebildete Spezialärzte oder spezialistische Behandlung in behördlichen Polikliniken, die ganz gut an den Abendstunden in Betrieb bleiben könnten. Assistenten und Hilfspersonal ist dort genügend für Handgriffe und zeitraubende Untersuchungen vorhanden. Für die Einzelärzte wäre eine Maximalgrenze für die Zahl der zu behandelnden Kranken vorzusehen. Da es sich ferner herausgestellt hat, daß manchmal die Kassenärzte es sind, die aus wirtschaftlichen Gründen nur im Notfall für eine Überweisung des Kranken ins Spital sind und den Patienten möglichst selber weiter behandeln wollen, so schlägt NEISSER vor, eventuell den Einzelfall statt der Einzelleistung zu honorieren. Ferner fordert der Verfasser Ausdehnung der Behandlung und Beobachtung auf die Angehörigen geschlechtskranken Kassenmitglieder. Zur Entdeckung bewußt verschwiegener oder nicht bemerkter Erkrankungen unter den Mitgliedern und deren Familie schlägt NEISSER vor, daß dieselbe alle Jahre ein- oder zweimal einer allgemeinen ärztlichen Untersuchung unterzogen werden sollen. Sind die Kassen diesen Anforderungen finanziell gewachsen? Jedenfalls müßte vor allem dadurch ihre Finanzkraft gebessert werden, daß sich möglichst viele kleine Krankenkassen zu großen Ortskrankenkassen zusammenschließen. In einem Nachtrag

betont Neisser ferner noch einige auf der Tagung erhobene Forderungen, wie obligatorische Versicherung der Dienstboten, Aufhebung des ärztlichen Berufsgeheimnisses für den Arzt gegenüber der Krankenkasse, dafür Zwang der Geheimhaltung solcher Mitteilungen seitens der Kassenbeamte.

2. **Die Sexualhygiene des Alten Testaments**, von Wolzendorff-Wiesbaden (Schluſs.) Eine hygienisch wertvolle Anordnung war die Einführung der Beschneidung. Abraham kannte sie gewiſs schon, denn in Ägypten war sie schon früher üblich. Der Gesetzgeber gestaltete sie nun zu einem wesentlichen Teil des religiösen Kults aus. Antiochus Epiphanes verbot die Beschneidung, das war 175—164 v. Chr. Ob man diese Pozedur auf die zum Christentum bekehrten Heiden ausdehnen solle, damit beschäftigte sich sogar ein Apostelkonzil. Mit der Seſshaftmachung des jüdischen Volkes bildete sich auch eine lebhafte Prostitution aus. Aus dem Testament weist der Verfasser an kleinen Zügen nach, daſs gegen heute nicht viel Unterschiede bestanden haben — Anlockung auf der Straſse, Feilschen um Geld und Geldeswert, Schamlosigkeit, Putzsucht, alles wie heute. Töchtern von Priestern war die Prostitution bei Todesstrafe verboten. Die Kinder der Dirnen waren von der Gemeinde auf Lebenszeit ausgeschlossen. Gleichwohl gab es viel Unzucht auſserhalb der Prostitution; es kam zum Erlaſs von Gesetzen, die erstere einschränken sollten. So wurde das Heiraten unter Blutsverwandten verboten; zum Teil waren strengste Strafen, wie Steinigung, darauf ausgesetzt. Nur die Ehe war der einzige Weg, der für die legitime Erfüllung des Sexualtriebes erlaubt war. Anfangs war sie mono- später polygamisch. Die Zahl der Frauen richtete sich nach dem Vermögen des Mannes. Daſs die menstruierende Frau für unrein erklärt wurde, darf auch als Ausfluſs hygienischer Anschauungen im jüdischen Volke aufgefaſst werden. Auch für Wöchnerinnen und an Eiterfluſs Leidende, sowie für solche Männer, die Pollutionen gehabt hatten, bestanden besondere Vorschriften. So war ein Mann, der eine Pollution an sich erfahren, bis zum Abend nach dem Bade unrein. *Hopf-Dresden.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1904. Heft 3.

Conception générale des Dermatoses, von L. Brocq. Ist noch unvollendet.

Eine noch nicht beschriebene papulo-exsudative Dermatose nach Pilocarpin-Vergiftung, von H. Hallopeau und Vielliard. Ein 52jähriger Herr war an subakutem Glaukom erkrankt und bekam dieserhalb etwa 35 Pilocarpineinspritzungen und 80 Pilocarpineinträufelungen innerhalb zweier Monate. Während nun die Augen sich sichtlich besserten, entwickelte sich nach Einstellen der Behandlung im Gesicht und an den Extremitäten ein Ausschlag von Papeln mit zentralen Einsenkungen. Die Papeln hatten ihren Sitz in den Schweiſsdrüsen, enthielten ein anfangs klar seröses, später eitriges Exsudat. Am meisten glich das Exanthem noch der Akne chlorica, doch sind bei dieser die Handflächen und die Fuſssohlen frei von allen Ausschlagselementen, während im vorliegenden Fall auch diese Hautteile mit ergriffen waren. Der Patient ging unter starker Unruhe, Benommenheit und Verwirrtheit bald zugrunde. Er hatte nie gefiebert; sein Harn war reich an Indican. — Die Verfasser greifen wohl nicht fehl, wenn sie Ausschlag und Tod in diesem Fall auf eine Pilocarpinvergiftung zurückführen. *Türkheim - Hamburg.*

Annales de therapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1904. Bd. IV, Nr. 6.

Das Berufsgeheimnis und die venerischen Krankheiten, von L. Butte-Paris, Verfasser hat vielfach sein Gewissen belastet gefühlt durch die Frage, ob er durch das Anzeigen der venerisch erkrankten Puellae publicae, wozu er als Polizeiarzt verpflichtet ist, einer Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses schuldig gemacht habe. Er entschuldigt sich aber damit, dafs er 1. niemals einen Zwang bei der Untersuchung ausgeübt habe (das tut man doch auch sonst nicht. Ref.) und 2. dafs er nur als Untergebener des Stadtpräfekten in diesen Fällen, also in unverantwortlicher Stellung, fungiert habe. Er zitiert auch Brouardel, der die ganze Schwierigkeit löst, indem er darauf hinweist, dafs die untersuchte Puella sehr gut weifs, weshalb und in welcher Absicht die Untersuchung vorgenommen wird, und dafs demnach von einem Berufsgeheimnis hierbei keine Rede sein kann. *Philippi - Bad Salzschlirf.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1904. Heft 2.

Die parasyphilitischen Erkrankungen, von George Ogilvie - London. Der von A. Fournier aufgestellte Begriff der Parasyphilis wird in dieser kleinen Abhandlung kritisch untersucht und kommt dabei schlecht weg. Parasyphilitisch werden von Fournier diejenigen im Gefolge der Syphilis auftretenden Krankheiten genannt, die keinen spezifischen Charakter haben und die von Quecksilber und Jodkalium nur wenig oder gar nicht beeinflufst werden. O. weist darauf hin, dafs diese beiden Unterscheidungsmerkmale bei genauerer Betrachtung ganz hinfällig werden und deckt verschiedene Widersprüche auf, in die sich Fournier durch seine Lehre verwickelt. Er protestiert zum Schlufs ganz laut dagegen, dafs man der Heredosyphilis alle möglichen Mifsbildungen und körperlich-seelischen Entartungen aufhalse, nur weil uns jede andere Erklärung für sie fehle.

Hyperkeratosis palmaris bei Kobalterzwäschern, von Margain. Die mitgeteilten drei Fälle stammen aus Neu-Kaledonien. Die Hyperkeratosis stand offenbar in ursächlichem Zusammenhang mit der Beschäftigung. In jedem der drei Fälle zeigte sie eine etwas andere Form. Durch Aussetzen der Arbeit und Behandlung mit 6%iger Salicylsalbe konnte Heilung erzielt werden.

Über die Maximaldosen bei Quecksilbereinspritzungen, von Ch. Audry. A. nimmt in diesen wenigen Zeilen auf eine Arbeit seines Schülers Laboire Bezug, die in der vorigen Nummer des Journal veröffentlicht ist. Dort war mitgeteilt worden, dafs versehentlich von Merkuriolöl 6—7 Wochen lang 0,25 wöchentlich eingespritzt war, das macht also im ganzen, abzüglich des in der Spritze bleibenden Restes, 1,5 reines Quecksilber in 6—7 Wochen. Von 20 Patienten, die diese ungeheure Menge Quecksilber erhielten, erkrankten nur sechs, dank ihrer Nachläfsigkeit, an einer schnell wieder abheilenden Stomatitis. A. glaubt freilich nicht an die besondere Wirksamkeit hoher Hg.-Gaben, er weist aber doch auf die Duldsamkeit des Körpers für so grofse Mengen Quecksilber in Form von Merkuriolöl hin und erwartet von weiteren Erfahrungen eine genauere Anzeige für ihre Anwendung.

Ein Fall von papulöser Hauttuberkulose im Anschlufs an die Masern, von Gaucher und Druelle. Knabe von 8 Jahren, bei dem 14 Tage nach Ausbruch der Masern die Hauttuberkulose auftrat, kleine, dunkelrote, linsengrofse, mit einer zentralen Kruste versehene Papeln im Gesicht, am Stamm und namentlich an den Extremitäten (Folliklis, Aknitis). Der Knabe ging einige Wochen später an tuberkulöser Meningitis zugrunde, ohne dafs das Hautexanthem sich verändert hätte.

Lichen planus mit Erkrankungen der Nägel und Lokalisation auf der Conjunctiva palpebrarum, von Gaucher und Druelle. Bemerkenswert erscheint bei diesem Lichen planus generalisatus, der einen 53jährigen Kaufmann befiel, dafs auch die Finger- und Zehennägel erkrankt waren, und dafs auf der Schleimhaut beider unterer Augenlider je ein Herd von Lichen safs. Aufserdem machten einzelne papulöse Elemente am Hodensack ganz den Eindruck von Syphiliden. Es wird aber ausdrücklich bemerkt, dafs der Patient niemals syphilitisch war.

Dermitis pseudo-erysipelatosa des Gesichts nach Anwendung von verdünnter Arnikatinktur, von de Crésantignes. Eine 65jährige Frau hatte eine kleine Hautabschürfung der Nase mit verdünnter Arnikatinktur behandelt. Danach schwoll das ganze Gesicht unter starker Rötung unförmlich an; die Augenlider waren so ödematös, dafs sie nicht geöffnet werden konnten. Heilung innerhalb einer Woche. Der Fall wird durch zwei Photogramme veranschaulicht. *Türkheim - Hamburg.*

La Syphilis.

März 1904.

I. **Syphilis beim Affen**, von Metschnikoff und Roux - Paris. In letzter Zeit sind von vielen Seiten Versuche gemacht worden, die Syphilis auf verschiedene Arten von Tieren, in Sonderheit auch auf Affenarten, zu überimpfen. Die Versuche sind mehr oder weniger gescheitert, sie zeigten, dafs die Affen im allgemeinen eine natürliche Immunität gegen Syphilis besitzen, aber dafs bei einigen Arten trotzdem sich gewisse syphilitische Affektionen, die denen bei Menschen gleichen, entwickeln können. Auch die Verfasser selbst hatten bisher keine Erfolge bei verschiedenen Affenarten und erneuerten daher ihre letzten Versuche nur an den menschenähnlichen Affen, zu denen der Schimpanse, Orang-Utang und Gorilla zu rechnen sind. Der erste Versuch wurde an einem zweijährigen weiblichen Schimpansen vorgenommen, dem das Sekret eines menschlichen Primäraffekts in die Schleimhaut des Präputiums inokuliert wurde, eine zweite Impfung erfolgte gleichzeitig am rechten oberen Augenrand von einer luetischen menschlichen Papel. 5 Tage nachher wurde nochmals Sekret eines anderen harten Schankers auf das Präputium der Klitoris geimpft. Die Eingangspforten schlossen sich schnell. Nach 26 Tagen entwickelte sich an der ersten Impfstelle ein typisches Ulcus durum, auch die inguinalen Lymphdrüsen entwickelten sich allmählich, wurden hart und schmerzlos. In der damaligen Sitzung der Akademie konstatierten alle Mitglieder bei der Schimpanse „Syphilis“. Vier Wochen später stellten sich auf der Haut papulöses Exanthem in typischer Form ein, ebenso traten in der Mundhöhle Papeln auf, auch alle anderen Drüsen schwollen. Etwa drei Monate nach der Impfung verschlechterte sich das Allgemeinbefinden des Tieres und 79 Tage nach der Impfung trat der Tod ein. Die Sektion bestätigte die Diagnose Syphilis. Jedenfalls zeigt der Versuch, dafs die Schimpanse eher syphilitisch gemacht werden kann als alle anderen Affenarten, und dafs die Syphilis bei diesem Tier der menschlichen identisch ist; von den Impfungen glückte nur die erste, ein Beweis, dafs sehr schnell für weitere Angriffe Immunität eintritt. Um nun festzustellen, ob eine weitere Impfung auf gleiche Tiere möglich sei, wurde eine zweite Schimpanse mit syphilitischen Produkten der ersten geimpft, auch das zweite Tier wurde syphilitisch, während ein ebenfalls von der ersten Schimpanse geimpfter Mandrill syphilisfrei blieb. Das Virus läfst sich also nur auf die gleiche Tierart impfen. Diese Versuche wurden von Lassar - Berlin wiederholt und auch ihm gelang es, einer Schimpanse Syphilis einzuverleiben, die Versuche Lassars sind dem vorliegenden Bericht angefügt. Es ist also nach diesen drei glücklichen Impfungen bewiesen, dafs die Schimpanse eine Tier-

gattung ist, die sicher empfänglich für Syphilis ist und ist dadurch ein grofser Fortschritt in der Wissenschaft erreicht, denn es ist endlich erreicht, eine Tierart zu finden, mit der man nun weiter experimentieren kann, während gerade in letzter Zeit noch Neisser und Veiel bei anderen Affen negative Erfolge hatten; ebenso zeigte ein Versuch Nicolles, dafs bei einem geimpften Macacus sinicus nur Primärerscheinungen auftraten, denen aber keine Sekundärsymptome von Bedeutung folgten, ebenso war es beim Macacus cynomolgus. Von letzterem Tier wurde nun wieder eine Schimpanse geimpft. Diese Versuche ergaben, dafs es möglich ist, eine Abschwächung des Giftes vermittels der Impfung eines Macacus zu erzielen und so eine künstliche Immunität mittels des abgeschwächten Giftes zu erreichen, denn die Schimpanse zeigte nur einzelne schwache Zeichen von Lues (Primäraffekt, Drüsenschwellung). Jedenfalls ist es gelungen, zum erstenmal erwiesene Syphilis Tieren einzuimpfen.

II. **Über Jodöl**, von L. Lafay (Fortsetzung.) Aufser seinem direkten Einfluís auf die Syphilis hat das Jodöl Lipijodol noch andere therapeutische Indikationen z. B. bewährt es sich, wie beigefügte Krankengeschichten zeigen, vorzüglich bei Lungenaffektionen wie Emphysem, Asthma, Tuberkulose, Bronchitis und Herzbeschwerden, auch Skrophulose und lymphatische Krankheiten sowie Ohren- und Nasenleiden wurden günstig beeinflufst, besonders nützte die lokale Behandlung der Rachengranulationen.

Ferner wird über vorzügliche Resultate bei Gelenkrheumatismus und rheumatischen Schmerzen und anderen Leiden, wie Akne vulgaris, Aortitis und Augenleiden, selbst bei Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks berichtet, während Chatin und G. Lebret es mit Erfolg bei Pustula maligna anwandten in grofsen Dosen. (Fortsetzung folgt.)

III. **Ein neuer Fall von Metrorrhagie syphilitischen Ursprungs**, von E. Ozenne-Paris. Indem O. an zwei früher von ihm vorgestellte Fälle erinnert, zeigt er jetzt einen dritten Fall. Es handelt sich um eine 29jährige Frau, die vor der Ehe stets regelmäfsig menstruierte und in der Ehe bald abortierte. Von da an kränkelte sie, menstruierte unregelmäfsig und hatte seit einem Jahr zweimal monatlich wirkliche Hämorrhagien, die zuletzt wochenlang anhielten. Da sich sonst nichts Verdächtiges zeigte, wurde der Uterus kurettiert, nach kurzem Erfolge zeigten sich wieder Blutungen. Der Verdacht auf Syphilis wurde nun erweckt und eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet, die zum Ziele führte, die Blutungen hörten auf, die Menses wurden wieder regelmäfsig, das Allgemeinbefinden besserte sich schnell, die Ovarien verkleinerten sich. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bücherbesprechungen.

Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung, von S. Jessner-Königsberg. (A. Stuber, Würzburg 1904.) Dieses 1. Heft von Dr. Jessners dermatologischen Vorträgen für Praktiker liegt in vierter Auflage vor, worin schon der Beweis seiner Beliebtheit liegt, es bedarf daher weiter keiner Empfehlung. J. behandelt die Frage des Haarschwunds nur vom praktischen Gesichtspunkt aus und betrachtet eingehend die Pathologie des Haarschwunds. Er teilt die verschiedenen Arten in fünf Gruppen. I. Alopecia adnata. Alopecia senilis. Alopecia praematura. II. Alopecia seborrhoica. III. Alopecia areata. IV. Alopecia mycotica (trichophytica, favosa). V. Alopecia

symptomatica. 1. Nach Traumen, Ulcera luetica, Lupus erythematsous, Lupus vulgaris, Variola, Erysipel usw. 2. Nach Infectionskrankheiten. Für alle einzelnen Gruppen werden gute therapeutische Ratschläge gegeben, er ermahnt vor allem zur Ausdauer und Konsequenz in der Behandlung und legt den Hauptwert auf die Methodik.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Syphilide (II. Teil) **Therapie**, von S. Jessner-Königsberg. (A. Stubers Verlag, Würzburg 1904.) Das 12. Heft Jessners dermatologische Vorträge für Praktiker ist der Therapie der Syphilide gewidmet. Die Hauptmittel der Allgemeinbehandlung sind Quecksilber und Jod. Die Anwendungsweise des Quecksilbers ist entweder intern (Hydragyrum protojoduretum, oxydulat., tannic., salicyl., Kalomel, Sublimat) oder perkutan (Schmierkur, Merkolintschurz, Säckchen) oder schliefslich intramuskulär und intravenös a) lösliche Präparate, Sublimat, Hydr., albuminatum, peptonatum, formamidat, sozojodol. b) unlösliche Präparate Hydr., salicyl, thymolo-acetecum, ol. cinereum, Kalomel. Die Nebenwirkungen des Quecksilbers sind u. a.: Stomatitis, Enteritis, Nephritis, Tremor, Exantheme, Kachexie, Anämie. Die interne Behandlung ist am wenigsten energisch, die perkutane energisch aber schwierig und die Wirksamkeit der Dosis nicht zu bestimmen, Sublimatbäder sind bei Kindern am Platz. Die Injektionskur ist sauber und ebenso wirksam wie die Schmierkur, auch hat man besonders bei täglichen Injektionen den Kranken stets unter Kontrolle, in sofern sind auch die löslichen Salze, wenn möglich, vorzuziehen, besonders da die unlöslichen auch viele unangenehme Nebenwirkungen haben, die nicht immer ungefährlich sind (Embolie). Man soll sich nicht konsequent an dieselbe Behandlungsmethode halten, sondern je nach dem Befunde die Methoden anwenden, die intravenösen Injektionen eignen sich nicht für die Praxis. Daneben sind die diätetisch hygienischen Mafsnahmen der Kuren stets zu berücksichtigen, Ernährung, Mundpflege usw. Zur Unterstützung des Quecksilbers dient das Jod (Jodkalium, Jodnatrium, Jodtinktur, Jodipin, Jodeigon, Syr. ferri jodati) trotz seiner oft unangenehmen Nebenwirkungen. Wenn beides nicht vertragen wird, hilft man sich mit Zittmannschem Dekokt, während die Wasserbehandlung der „Naturärzte" wenig Wert hat, auch die Heilwirkung der Schwefelbäder ist zweifelhaft, sie steigern den Stoffwechsel, das ist ihr Hauptvorteil. Jessner ist ein Anhänger der chronisch intermittierenden Therapie, er gibt drei Jahre lang halbjährlich eine Quecksilberkur mit nachfolgender Jodzufuhrung. Den Heiratskonsens gibt er erst 4—5 Jahre nach der Infektion, wenn der Patient mindestens ein Jahr symptomfrei war.

Wenn die Arbeit auch für den Fachmann nicht viel Neues bringt, so sind die kurz und geschickt zusammengefafsten Ausführungen Jessners für den Praktiker doch von grofsem Wert. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Vorlesungen über die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Mannes, von W. Scholtz-Königsberg. (Gust. Fischer, Jena 1904). Bei der Abfassung dieses Buches ist Verfasser von der Absicht ausgegangen, den Bedürfnissen des praktischen Arztes und der Studenten entgegenzukommen, und er hat im allgemeinen sein Ziel erreicht. In 12 Kapiteln ist die ganze Materie übersichtlich geordnet, und mit Hilfe des Registers kann auch der mit Mufse nicht beglückte Praktiker sich schnell die etwa gewünschte Auskunft verschaffen. Da die in dem Buche vertretenen Lehren in der Hauptsache durch die Autorität A. Neissers gestützt sind, so wird jeder, der sich dieselben zur Richtschnur seines Handelns macht, die Sicherheit haben, das Richtige zu treffen oder, falls er sich irren sollte, dafs er sich wenigstens in guter Gesellschaft befindet. Namentlich aber für ältere Ärzte, welche sich etwa seit einigen Jahren nicht mit dem Gegenstand befafst haben, wird die Lektüre dieser Darstellung der neueren recht erheblichen Fortschritte auf diesem Gebiet hoch interessant und lehr-.

reich sein. Etwas unangenehm machen sich die ziemlich reichlich vorhandenen Druckfehler bemerklich: „Genorrhoë“, „Installationen“, „Katheder“, „Urethriden“ konnten leicht vermieden werden; ebenso sind Bildungen wie „öfterer Wechsel“, „Colibazillen“, „6-wöchentlich“, „alleine“ durchaus nicht klassisch. Für „banal“ wäre ein rein deutscher Ausdruck vorzuziehen, zumal der Franzose das Wort anders gebraucht, als es bei uns üblich ist. Kali hypermanganicum ist in der neueren Pharmakopoe mit Recht durch Kalium permang. ersetzt worden. Und schliefslich (last not least) wäre die Frage aufzuwerfen, ob es nicht wirklich angezeigt wäre, den Ausdruck „Gonorrhoe“, welcher doch Samenfluſs bedeutet, durch „Blennorrhoe“=Eiterfluſs endgültig zu ersetzen. In bezug auf die Tiefenwirkung der verschiedenen Mittel Protargol, Argentum nitricum, Ichthargan (S. 69) und deren Bedeutung im floriden Stadium dürften doch recht viele Praktiker eine von der hier geäufserten abweichende Auffassung hegen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Geschlechtskrankheiten des Mannes, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Verhütung, gemeinverständlich dargestellt von J. Hasreiter-Strafsburg i. E. (Seitz & Schauer, München.) Das Buch, welches uns vorliegt, ist vom Verfasser für das Verständnis, für den Gebrauch des Laien geschrieben. Es soll die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten ins Volk tragen, Kranke und Gesunde mit dem Wesen, den Ursachen, den Symptomen, Verlauf und Folgen der venerischen Prozesse bekannt machen, über die Heilbarkeit der Leiden Aufschluſs geben, vor vernunftwidrigem Zulauf zum Pfuscher warnen, gegen die gefährliche Gleichgültigkeit vieler ankämpfen und neben der Aufklärung den Kranken Hoffnung auf Genesung erregen, wenn sie schnell den Arzt aufsuchen. Die Behandlung wird nur kurz gestreift, um nicht die Leser zur Selbstbehandlung zu verleiten. Neben den eigentlichen venerischen Krankheiten hat der Verfasser auch die sexuelle Psychopathie in den Kreis seiner Betrachtungen gezogen, ebenso wie er die nervösen Störungen der Geschlechtssphäre mit bespricht. Die Kurpfuscherei als indirektes Mittel zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten greift der Verfasser kräftig an. Es sei gestattet, aus dem Abschnitt für angeborene Syphilis einiges herauszugreifen. Die Fähigkeit der Lues, sich zu vererben, nimmt mit der Dauer ihres Bestehens langsam ab. Die ersten zwei Jahre weisen sicher die Möglichkeit einer Belastung der Frucht auf. Je früher letztere im Uterus infiziert wird, um so gröſser ist die Gefahr der Erkrankung beziehentlich ihres Absterbens. Es kommt aber vor, daſs selbst bei frischer Syphilis eines der Eltern oder beider Eltern die von ihnen abstammenden Kinder gesund sind. Das erklärt sich zum Teil daraus, daſs die Übertragung der Krankheit auf die Frucht nicht etwa durch den männlichen Samen (bei seiner Vereinigung mit dem Ovulum) stattfindet, sondern daſs seitens der Mutter, sobald sie krank ist, das Leiden auf das im Uterus befindliche Kind übergeleitet wird. Die Erbsyphilis wirkt im höchsten Maſse störend auf die Ernährung der Frucht, so daſs es vielfach zu vorzeitigem Ausstoſsen derselben kommt, zu Totgeburten oder zur Geburt lebensschwacher Kinder. Ein Übergehen der Syphilis auf die dritte Generation leugnet der Verfasser. Ob ein von spezifisch kranken Eltern stammendes gesundes Kind gegen Lues immun bleibt, bleibt fraglich. Des weiteren geht der Verfasser auf die Erscheinungen der angeborenen Syphilis ein. Bezüglich der Behandlung krank zur Welt kommender Kinder syphilitischer Eltern erhellt natürlich, daſs sie spezifisch behandelt werden müssen. Gesund geborene Nachkommen einer genügend behandelten oder vor langer Zeit mit Syphilis behaftet gewesenen Mutter braucht man nicht eo ipso prophylaktischen Maſsnahmen zu unterziehen. Man warte ruhig erst einige Zeit und verfolge die Entwicklung des Kindes. Erst bei typischen Symptomen greife man und nun schnell und gründlich ein. Die Beobachtung soll stets durch einen Arzt erfolgen. Jede irgendwelche Krankheitserscheinung solcher

Kinder, und sei sie auch noch so unscheinbar, ist vom Arzte zu begutachten. Der Verfasser widerlegt ferner die Einwürfe der Gegner einer vernünftigen Quecksilberkur. Merkurbehandlungen der Mütter führten keineswegs zu Skrophulose der Kinder, im Gegenteil treten Gefahren für deren Gesundheit nur durch Unterlassen einer eventuell nötigen Quecksilbermedikation ein. Zeissl liefs in zwei Fällen von Syphilis Schwangerer je 80 Einreibungen vornehmen und dauernd Jod geben. Der Erfolg war die Geburt völlig gesunder und gesund gebliebener Kinder zu normaler Zeit. Riehl appliziert sogar neben dem kutan einverleibten Quecksilber noch Merkursalbenkugeln auf die Portio vaginalis. Die Kinder vertragen das Quecksilber aufserordentlich gut.

Sehr beherzigenswert sind des Verfassers Ausführungen über die Vermeidbarkeit aufsergeschlechtlicher Infektionen. Das Küssen vermeide man tunlichst, ebenfalls andere erotische Extravaganzen. Gefährlich ist auch das Berühren der Genitalien des Weibes mit den Fingern. (Mancher hat sich schon in der Kneipe mit Damenbedienung eine Fingersklerose geholt. D. Ref.) In Gasthäusern prüfe man die Bestecke und Trinkgefäfse, sowie die Tisch- und Bettwäsche auf ihre Sauberkeit; in Badehäusern und Rasierstuben fordere man peinlichste Reinlichkeit der Hände der Angestellten. Grofse Vorsicht erfordert der Verkehr der Familienglieder und besonders der Kinder mit den Dienstboten und Ammen, lasse die Kinder von den letzteren nie küssen und hätscheln, ebenso wie man den Dienstboten einschärfe, dafs die Kinder nie seitens dritter Personen geküfst oder näher berührt werden. Vor allem verhüte man, dafs der Speichel Dritter mit dem Munde des Kindes in Berührung kommt. (Wandern eines Bonbons von Mund zu Mund, Kosten der Speisen, Benutzen des Kinderlöffels, Abwischen mittels des mit Speichel befeuchteten Taschentuches.) Vermeiden soll man ferner den gemeinsamen Genufs von Trinkflaschen oder Trinkgeschirren, von Mundstücken, von Zigarrenspitzen und Pfeifen, das Küssen von Reliquien oder Bibeln, die unappetitliche Angewohnheit Geld oder Papiere oder andere Gegenstände mit den Lippen zu halten, unterlasse das Befeuchten der Fingerspitzen zum Zwecke von Umwenden der Blätter und benutze nicht fremde Hüte, Kleider, Perücken, Badehosen und Masken. Vor allem aber übe man gegen die Mitwelt diejenige Rücksicht auch selber aus, die man seitens anderer für sich beansprucht. Jeder Syphilitische reserviere — wenn er sich im ansteckenden Zustande befindet, und weil er diesen nicht immer erkennt, so tue er es stets — für sich eigenes Efsbesteck, Trinkgeschirr usw., küsse nicht und unterlasse beim Bemerken der geringsten Wunde das Berühren Dritter. Steckt sich ein Ehegatte mit Lues an, so soll er lieber seinen Fehltritt eingestehen, als durch Verheimlichung seiner Krankheit Frau und Kinder in Gefahr zu bringen. *Hopf-Dresden.*

Neue Forschungen über den Marquis de Sade und seine Zeit. Mit besonderer Berücksichtigung der Sexualphilosophie de Sades auf grund des neuentdeckten Originalmanuskripts seines Hauptwerkes „Die 120 Tage von Sodom", von Eugen Dühren. (Verlag von Max Harrwitz, Berlin 1904.) Der durch frühere wertvolle Aufschlüsse über den Marquis de Sade und den Sadismus bekannte Verfasser übergibt mit vorliegendem Werke eine Anzahl neuer Quellen über jenes Thema der Öffentlichkeit. In einer seinem Lehrer Pagel gewidmeten Vorrede betont er, dafs es sich dabei nur um neue, bisher unbekannte Tatsachen aus dem Leben und den wissenschaftlichen Arbeiten dieses vielgenannten Wüstlings handelt. Eulenburg war der erste, der bei uns in einem Artikel der Zukunft auf den Marquis de Sade aufmerksam machte. Im Jahre 1900 erschien das umfangreiche Buch Dührens über denselben Stoff. Als Hauptquelle diente ihm hierbei Sades Roman „Justine und Juliette".

Seitdem hat man sich besonders in Frankreich viel mit Forschungen über jenen

merkwürdigen Mann beschäftigt. Es seien nur die Namen Paul Ginisty's, Cabanès, Anatole Frances und Victorien Sardous genannt. Es ist nun Dühren geglückt, neue Quellen zu dieser Materie zu erschliefsen. Das Ergebnis dieser Forschungen füllt den Rahmen des vorliegenden Buches aus, dessen erster Teil die Sittengeschichte Frankreichs im 18. Jahrhundert behandelt, dessen zweite Hälfte die neuen Untersuchungen über de Sade bringt. Das dritte Kapitel des ersten Teils bringt hochinteressante Aufschlüsse über die Petites maisons der vornehmen Welt, deren berühmteste das Lusthaus Titonville oder Folie-Titon, das Lusthaus Folie-Genlis und der Pavillon de la Bouxière in der Rue Clichy waren. Das erste war mit den Gemälden hervorragender Meister geschmückt, das zweite mit wundervollen Bildhauerwerken ausgestattet, das letzte von Charpentier, dem Baumeister des Königs erbaut. Das Kupplereiwesen, den Mädchenhandel und die allgemeine Prostitution des achtzehnten Jahrhunderts beschreibt das vierte Kapitel. Die Ausbildung des Bordellwesens war eine geradezu raffiniert systematische und systematisch raffinierte. Man hatte filles de la maisons, die ständig im Bordell lebten, und étrangères, die, aufserhalb wohnend, stets zur Verfügung standen. Auffallend grofs war die Anzahl der deutschen Mädchen. Negerinnen und Nonnen waren keine Seltenheit. Die Fremden wurden durch eine besondere Bordellreklame auf alles hierüber Wissenswerte aufmerksam gemacht. So gab es neben Zetteln und Anzeigen lebende Bordellführer für Bordelle mit männlichen wie mit weiblichen Bewohnern. Die Inhaberinnen der Bordelle bereicherten sich nebenbei durch Geld- und Wechselgeschäfte und durch die Duldung von Glücksspielen. Auch der Diebstahl wurde in diesen Lokalen systematisch betrieben. Diese grofsen Einnahmen zogen viele Zuhälter heran, die zum Teil dem besten Adel angehörten. (Graf von Fodoas.) Aus dem in solchen Bordellen üblichen Instrumentarium der Venus erwähnt der Verfasser besonders drei Dinge. Mädchen, die sich die gar zu exzentrischen Perversitäten der Liebhaber nicht gefallen lassen wollten, erhielten breuvages, einschläfernde Tränke. Ferner gab es besondere Stühle, deren Erfinder ein Herzog Fronsac war, welche die darin liegenden Frauen wehrlos machten, und dazu kamen noch die Fallböden oder Trappes. Das Bordellwesen dieser Zeit ist in den „120 Tagen von Sodom“ ausführlich geschildert. Dühren nennt das Werk einen richtigen Bordellroman. Als beste Quelle kann man auch die Wochenberichte der Inhaberinnen der öffentlichen Häuser jener Tage bezeichnen, die an die Polizei zu erstatten waren. Dieselben sind durch Capon bekannt geworden.

Der zweite Teil des Dührenschen Buches basiert auf der Auffindung der Originalhandschrift des Sadeschen Buches Die „120 Tage von Sodom“. Dieses hinterlassene Werk steht hoch über Sades Roman „Justine und Juliette“ und stellt die erste wissenschaftliche Anlage einer Psychopathia sexualis dar. Sade selbst betont die Wissenschaftlichkeit seines Buches, und Dühren ist der Ansicht, dafs die in ihm niedergelegte Sammlung der differentesten Fälle von anormalem Sexualleben mindestens so erschöpfend ist wie die von dem grofsen Gelehrten Krafft-Ebing hundert Jahre später zusammengefafste Kasuistik. Sade zählt 600 sexuelle Anomalien in zielbewufster Anordnung auf, die in der Zeit vor der Revolution zusammengestellt worden ist. Die Ausartungen des Geschlechtslebens, das sieht man auch aus dem vorliegenden Buche Sades, sind kein Ergebnis der Neuzeit, der Moderne, und betreffs ihrer kann man ruhig sagen: Nil novi sub sole. Das Buch Sades wurde von ihm innerhalb 37 Tagen in der Bastille, wo er gefangen safs, niedergeschrieben, und zwar auf beide Seiten einer langen Papierrolle. Das war fast 4 Jahre vor der Entlassung des Marquis aus der Gefangenschaft. Bei dem Verlassen des Gefängnisses mufs er sein Manuskript verloren haben und es dürfte nie wieder in seine Hände gekommen sein. Der Vorwurf des Inhaltes ist der, dafs sich vier auf einem einsamen Schlosse hausende vor-

nehme Roués von vier Erzählerinnen, welche frühere Dirnen sind, die Erfahrungen ihres buntbewegten Lebens erzählen lassen. Die in System gebrachten 600 Perversitäten bilden die „Schule der Unzucht" — so lautet der Untertitel des Buches. Eine Einleitung geht den vier Kapiteln voran. Der Herzog von Blangis, sein Bruder, Ducret und Curval heiraten, um sich enger an einander zu fesseln, jeder die Tochter des anderen. Sie wollen ein Leben des Genusses führen, mieten sich vier Kuppler für die Lieferung von Knaben und vier Kupplerinnen für die von Mädchen und halten wöchentlich in petites maisons vier galante Essen. Bei einem derselben, das der Päderastie geweiht ist, wirken 16 Männer von 20—30 Jahren aktiv und 16 Jünglinge von 12—18 Jahren passiv mit. Ein Abend ist der guten Halbwelt gewidmet, ein anderer der niederen. Ein Abend sieht 20 Jungfrauen von 7—15 Jahre in der Gesellschaft dieser „edlen" Männer. Jeden Freitag findet eine geheime Sitzung statt, an der neben den vier Frauen der Roués vier junge, entführte Mädchen teilnehmen. Es folgt die Schilderung der 4 Hauptveranstalter und ihrer Gemahlinnen. Die Frau des Herzogs von Blangis ist die Tochter Ducrets, der sie „mehr als Kurtisane denn als Tochter" erzogen hat. Die Frau Ducrets ist die Tochter des Präsidenten de Curval, des Dritten im Bunde. Des letzteren Frau ist die Tochter des Herzogs. Hierauf beginnt die eigentliche „Schule der Unzucht", die der Leser, welcher die Psychopathia sexualis studieren will, an Ort und Stelle nachlesen wolle. Ein zartes Gemüt darf er aber beim Lesen dieser Greuel nicht mitbringen. *Hopf - Dresden.*

Therapie der Hautkrankheiten, von Leredde. (Masson et Cie., Paris 1904.) Seine umfangreiche Therapie der Krankheiten der Haut beginnt Leredde mit einem Vorwort, dessen Gedanken die Selbständigkeit des Autors sogleich verraten. Die Therapie ist bis jetzt noch keine Wissenschaft. Jeder Arzt errichtet sich ein Gebäude seiner eigenen Behandlungsart. Der vorhandene Stoff ist in drei Teile geteilt. Deren erster umfafst die allgemeine Therapie der Haut, der zweite die spezielle Therapie und im dritten Teil findet sich eine Zusammenstellung sämtlicher gebräuchlichen dermatotherapeutischen Heilfaktoren. Dieselbe ist von Pautrier verfafst, dem Assistenten Lereddes. Es sei dem Berichterstatter erlaubt, aus dem zweiten und dritten Teil einiges herauszugreifen. Jede einzelne Krankheit wird, bevor ihre Therapie angegeben wird, ganz kurz nach anatomischen, klinischen und ätiologischen Gesichtspunkten besprochen. Die Behandlung des Furunkels hat im Beginn in einer Entfettung der erkrankten Stelle zu bestehen. Zu dem Zwecke reibt man sie täglich mit Spiritus ab oder mit Seife und Wasser und darauf mit Äther. Hierauf pinsele man reine Jodtinktur auf, soweit Entzündung besteht. Auch ein tiefer Stich mit dem Galvanokauter dient dazu die Entwicklung des Schwärs aufzuhalten beziehentlich zu verhindern. Geht die Entwicklung weiter und besteht neben lebhafter Entzündung starke Schmerzhaftigkeit, so betäubt Leredde den Furunkel mehrmals täglich mit 1—2 prozentiger Karbollösung. Auf Schwäre im Gesicht ist nur Borlösung zu bringen. Hat sich der Prozefs abgegrenzt, so tritt das Messer in sein Recht. Anästhesie kann mittels Äthylchlorid oder Kokain erfolgen. Der Schnitt mufs tief und breit sein, eventuell bei grofsen Furunkeln kreuzweise. Es folgen weiter Betäubung mit Karbollösung, sowie Kataplasmen mit gekochtem Wasser oder Borlösung. Robin empfiehlt, in die Höhle bei mangelhafter Rückbildung eine Paste von folgender Zusammensetzung zu bringen:

Sulf. sublimat.
Camphor. pulv. ā 10,0
Glycerin. q. s.
M. fiat pasta semiliquida.

Bei sich langsam entwickelnden Furunkeln ist eine kräftige, tiefe Galvanokaustik

vorzuziehen, die eine geringe Narbe hinterläßt. Hierauf halbfeuchte Umschläge oder Puder und Pasten. Pflaster bilden ein schlechtes Hilfsmittel. Innerlich gebe man acht, daſs die Veränderungen der gastrointestinalen Umsetzung sich wieder regeln. In der Nahrung sind die Fette in jeder Form auszuschalten, wenig Brot essen zu lassen, und für ausgiebige Verdauung sorge man. Hierzu dient Karlsbader Salz am besten. Seit Brocq ist die Behandlung mit Bierhefe dauernd auf dem Plan unserer Therapie geblieben. Ihr Erfolg ist zwar kein absolut unfehlbarer, sie zeitigt aber jedenfalls nie irgendwelche unangenehmen Nebenerscheinungen. Die frische Bierhefe, die besonders in akuten Fällen wirksam ist, wird in der Dose von 1—3 mal täglich 1 Eſslöffel beim Beginn der Mahlzeit genommen. Auch der Schwefel wird bei Furunkulose innerlich mit Nutzen verabreicht. Man nimmt ihn in der Form schwefelhaltiger Wässer oder als Sulf. jodat. 0,1 g nach der Mahlzeit, als Schwefellithium oder Sulfur. sublimatum:

Sulfur. sublimat. 0,1
Camphor. pulverat. 0,2
MD. ad. chart. cerat. s. 3 mal täglich 1 Pulver.

Bei Sycosis wendet Leredde im Beginn zurzeit des stark entzündlichen Zustandes halbfeuchte Umschläge, Bestäubungen mit antiseptischen Lösungen sowie erweichende oder adstringierende Waschungen an. Die Anwendung von Pudern widerrät der Verfasser, solange aktive Pusteln da sind. Die Haare sind mit der Schere kurz zu schneiden. Epilieren darf man im akuten Stadium nicht. Nach Eröffnung der einzelnen Pusteln besprühe man die Fläche, trockne sie mit Wattetupfern ab und füge auf die eröffnete Pustel eine Spur gesättigten Boralkohol. Auch Berieselungen mit 2 prozentiger Ichthyollösung oder 2 prozentigem Resorcinwasser sind angebracht. Sobald das stark entzündliche Stadium vorüber ist, gehe man zu weichen Pasten über:

Ol. olivar. 10,0
Aq. destill. 20,0
Terr. foss.
Adip. lan.
Zinc. oxyd. ā 5,0 (Leistikow).

Später treten an deren Stelle mehr absorbierende Pasten, so die Lassarsche oder Besnierſsche, über die gepudert wird.

Ist diese Periode überwunden, so treten Schwefel- und Teerpräparate in Aktion. Die Schwefelpaste, zu der man auch Naphthol hinzufügen kann, werden dann nachts aufgelegt, während für den Tag eine Zinkpaste Anwendung findet. Beiden kann man aus koloristischen Gründen eine Spur Karmin zusetzen.

Acid. salicyl.
Resorcin
Sulf. praecip.
Zinc. oxyd.
Picis ā 4,0
Vaselin. 20,0 (Jessner.)

Die Quecksilber-Präcipitatsalben wirken nur sehr oberflächlich.

Für Fälle rebellischer Natur, die in den chronischen Zustand überzugehen drohen, empfiehlt der Verfasser das Emplastrum Vigo oder das Collemplastrum rubrum der Franzosen. Die deutschen Dermatologen, fügt er hinzu, lassen über diese Pflaster zur Erhöhung der Wirkung heiſse Umschläge geben. Auch Chrysarobin und Chrysophansäure sind in diesem Übergangsstadium zur Chronizität des Prozesses angezeigt. Brocq läßt zweimal in der Woche eine Salbe von 1 Teil Ung. styracis zu 2 Teilen Ol. amygdal. dulcium, eventuell auch Glycerin oder Jodvaseline einreiben.

Ist der Zustand der Sycosis chronisch geworden, d. h. nach mehrmonatiger Dauer, so tritt eine Infiltration der ganzen Haut ein, die von akuten Schüben unterbrochen zu werden pflegt. In dieser Zeit treten die Skarifikationen in ihre Rechte, die oft sehr tief sein müssen und häufig zu wiederholen sind. Bei Erfolglosigkeit kommen Photo- und Radiotherapie in Frage. — Das Lerredde'sche Buch zeichnet sich durch seine Präzision und grofse Klarheit aus. Es kann als Nachschlagewerk für die französische Dermatotherapie mit Nutzen verwendet werden. Der Einfluſs deutscher Therapeuten auf die dermatologische Wissenschaft des Nachbarlandes ist erfreulicherweise vielfach zu beobachten. *Hopf - Dresden.*

Das Problem der Syphilis und die Legende von der spezifischen Wirkung des Quecksilbers und Jods, von O. Rosenbach-Berlin. (August Hirschwald, Berlin 1903.) Der Verfasser ist der Ansicht, daſs das Zurückbleiben von Drüsenschwellungen nicht als Zeichen einer noch bestehenden Syphilis, sondern als Ausdruck einer durchgemachten Reaktion des Körpers gegen das Gift aufzufassen ist. Auch gibt die Schwellung der Drüsen keineswegs einen Anhalt für den Sitz des Virus. Ähnlicherweise sind die Periosterkrankungen und späte isolierte Hautsymptome mehr als sekundäre Reaktionen des Organismus aufzufassen. Ebenso glaubt der Verfasser in gummösen Prozessen eine Art Nachkrankheit als Ausdruck besonderer Disposition zu sekundären oder tertiären Reizungen sehen zu müssen. Eine Einteilung der Syphilis in drei Stadien scheint dem Autor nicht zweckmäſsig. Der Syphiliskranke ist unter Belehrung über die eventuellen strafrechtlichen Folgen einer Übertragung seiner Krankheit anzuhalten, den Geschlechtsverkehr während der Zeit der frischen und geschwürigen Symptome, jedenfalls aber während des ersten der Roscola folgenden Jahres auszusetzen. Während dieser Zeit soll sich der Kranke behandeln lassen. Chronische gummöse und isolierte Affektionen sind nicht infektiös. Hartnäckige Drüsenschwellungen können bei einem Syphilitischen keinerlei Beweis für ein Fortbestehen der Krankheit bilden. Möglicherweise sind sie Rückbleibsel früherer oft ganz banaler Prozesse. Verfasser erlaubt die Heirat nach zwei Jahren, falls nicht merkliche Störungen oder allgemeine Schwäche vorliegen. „Wer nur zweifelhafte Zeichen von Lues ohne konstitutionelle Schwäche zeigt, muſs ebenso heiraten können wie jemand, der ab und zu etwa von Furunkulose befallen wird, oder selbst ein mit mäſsiger Melliturie Behafteter.“ Die Behandlung der Syphilis will der Verfasser den Händen der Spezialisten entzogen wissen. Letztere betonen zu wenig das konstitutionelle Moment, zu stark das spezifische. Sie sehen in jeder einen Syphilitischen betreffenden Affektion später ein syphilitisches Symptom. Das ist dann bezüglich der spezifischen Therapie nicht ohne Einfluſs auf den somatischen und nicht ohne Einwirkung auf den psychischen Faktor des Individuums. Im übrigen bestreitet der Verfasser jede spezifische Wirkung des Quecksilbers und des Jods und will sich auf eine vernünftige Behandlung in loco beschränken, zu der ja allerdings unter Umständen auch Merkurpräparate als erregungswidrige oder kaustische Heilmittel herangezogen werden können. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Über die zeitlichen Grenzen der uterinen Syphilisinfektion spricht Rosinski (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 47) in der dritten Sitzung der Ost- und westpreufsischen Gesellschaft für Gynäkologie am 27. Juni in Königsberg. Er betont, dafs die fötale Syphilis nur durch die Prophylaxe erfolgreich zu bekämpfen ist. Die Behandlung der Mutter in der Gravidität ergibt keine zuverlässigen Resultate. Bei der Frage nach Erteilung des Ehekonsenses ist das Hauptgewicht auf das Krankenexamen zu legen, dabei die objektive Untersuchung aber nicht zu vernachlässigen. In erster Linie ist die seit der Infektion verflossene Zeit zu berücksichtigen, zwischen Ansteckung und möglicher Konzeption sollen fünf Jahre liegen, doch soll man den Klienten darauf hinweisen, dafs Übertragung auf die Nachkommen auch später noch möglich ist, und daher mit der Verehelichung besser noch bis zum neunten Jahre zu warten sei. Wenn aus äufseren Gründen etwas nachgegeben werden mufs, so sollen wenigstens drei Jahre Karenzzeit verlangt werden. Ist auch das nicht zu erreichen, so ist dem Klienten zu raten, dafs er Gravidität nach Möglichkeit zu verhindern sucht.

In der Diskussion bemerkt Caspary, dafs nach seiner Ansicht die merkurielle Behandlung der Mutter während der Gravidität doch oft Erfolge aufweise; Scholtz meint, dafs, wenn schon früher tertiäre Erscheinungen auftreten, brauche man mit dem Ehekonsens nicht solange zu warten, da der Kranke dann sicher aus der hochinfektiösen sekundären Periode heraus sei; er betont, dafs die Vererbbarkeit der Syphilis von seiten des Vaters eher erlischt als von seiten der Mutter. E. Schroeder hat mit der Quecksilberbehandlung Gravider absolut unbefriedigende Resultate gehabt, während er mit der von Glaevecke angegebenen Jodkaliumbehandlung mehr zufrieden ist; derselben Ansicht ist auch Winter. Im Schlufswort bleibt Rosinski bei seiner Ansicht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Geburtsstörung durch Narbenstenose des Muttermundes infolge von Syphilis, von G. Woyer-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 52.) Dystokien, welche durch Stenosenerscheinungen des Muttermundes infolge von Narbenbildungen nach abgeheilten Ulcerationsprozessen an der Portio zustande kommen, sind in der Literatur nur spärlich zu finden. Besonders interessant sind diejenigen Stenosen, welche entstehen entweder durch einen an der Portio sitzenden Primäraffekt, oder durch andere luetische Ulcerationen. Neumann konnte unter 800 Fällen den Primäraffekt nur 51mal an der Portio feststellen und weist ausdrücklich darauf hin, dafs infolge derselben narbige Veränderungen und Stenosen auftreten können und bei der Geburt schwere Störungen verursachen. Im W.schen Falle hatten die Wehen vier Tage vorher eingesetzt, und 28 Stunden vorher war die Blase gesprungen, ohne dafs die Geburt vorwärts ging. Die Genitaluntersuchung ergab, dafs der Muttermund drahtringartig gespannt und äufserst derb war, und es waren deutlich strahlenartig ausgehende Leisten und Wülste, besonders in der Richtung nach vorn, abzutasten.

Im Spiegel zeigte sich, dafs das ganze Gewebe in der Umgebung des Muttermundes sich durch sein sehnig weifsglänzendes Aussehen deutlich von der umgebenden, normal gefärbten Portio abhebt. In demselben springen zwei besonders derb an-

zufühlende Leisten nach vorn zu deutlich vor, zwischen welchen eine 1½ cm breite streifenartige Zone, wie Atlas glänzend, sich befindet. Die digitale Dehnung mifslingt, und es mufste daher unter Narkose der Muttermund nach vorn und hinten, sowie nach beiden Seiten mit der Kieschere gespalten und das Kind mit der Zange entwickelt werden. Einrifs der linksseitigen Inzision bis hoch hinauf ins untere Uterinsegment, starke Blutung, die durch Umstechung und Naht gestillt wird. Beim Kinde entwickelte sich nach einigen Tagen ein deutlicher Pemphigus lueticus. Es wurde festgestellt, dafs der Mann der Patientin 3½ Jahre vor seiner Verheiratung einen harten Schanker gehabt und mit einer Schmierkur behandelt worden war. Ein halbes Jahr vor der Hochzeit hatte er an Geschwüren im Halse und an den Mundwinkeln gelitten und war mit Einspritzungen und Jodkalium behandelt worden. Die Frau selbst erkrankte fünf Wochen nach ihrer Verheiratung an einem Ausflufs aus der Scheide und Brennen an den Schamlippen. Auch soll der Arzt damals ein Geschwür am Muttermunde festgestellt haben. W. meint, dafs es nötig sei, bei Primärsklerose derartige ausgedehnte Narbenbildungen rechtzeitig durch unblutige Dehnungen oder durch plastische Operationen zu beseitigen, um solche gefahrdrohende Komplikationen zu vermeiden. *Putzler-Danzig.*

Theorien der Übertragung hereditärer Syphilis, von Alfred Schalck-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 16. Mai 1903.) Der Aufsatz enthält nur Bekanntes. *A. Loewald-Kolmar.*

Beitrag zur Syphilis der Kinder, von Julian Wisniewski. (*Nowiny lekarskie.* 1903. Nr. 3.) Einer kurzen Schilderung des heutigen Standes der Lehre über akquirierte und hereditäre Syphilis der Kinder schliefst Verfasser folgende Statistik aus seiner Poliklinik im evangelischen Hospital in Warschau bei: In der Zeit vom Dezember 1889 bis zum Oktober 1902 wurden 3360 Kranke (Kinder?) behandelt. Aus dieser Zahl wurde in 33 Fällen (19 Knaben und 14 Mädchen), d. i. in 1%, hereditäre Syphilis konstatiert. In drei Fällen ist Pemphigus neonatorum beobachtet worden. Die Hutchinsonschen Zähne konnten nur in einem Falle gefunden werden. In der Mehrzahl der Fälle waren Nasenkatarrhe und Verdauungsstörungen vorhanden. Gleichzeitige Blindheit und Taubheit hat der Verfasser in einem Falle (bei dreimonatlichem Kinde) beobachtet; in einem Falle (bei einem 3½ Monate alten Kinde) wurde Gumma palati ulcerosum konstatiert.

Zum Schlusse macht Verfasser auf allgemeinhygienische, sanitätspolizeiliche und individuelle Mafsregeln aufmerksam, welche geeignet wären, die Verbreitung des verhängnisvollen Leidens zu beschränken. *Leo Feuerstein-Bad Hall.*

Über Tabes juvenilis und Lues hereditaria, von C. Hartmann - Hamburg-Borgfelde. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 51.) Bei einem 20jährigen Mädchen, das seit seinem 13. Lebensjahre vielfach an heftigen, periodisch wiederkehrenden, krampfhaften, hauptsächlich in den Gesichtsknochen lokalisierten und von kongestiver Hyperämie begleiteten Gesichtsschmerzen litt, konstatierte H. beiderseitige Atrophie des Nervus opticus und Fehlen des Patellar- und Achillessehnenreflexes; das Bracht-Rombergsche Symptom war deutlich ausgeprägt. Es handelte sich um einen Fall von Tabes dorsalis juvenilis, die ihren Anfang zweifellos im 13. Lebensjahre genommen hatte. Wie in anderen Fällen von Tabes bei jugendlichen Individuen war auch hier der Krankheitsprozefs sehr langsam fortgeschritten, namentlich war das neuralgiforme oder prätaktische Stadium von auffallend langer Dauer. Der Anamnese zufolge war die Mutter der Patientin wahrscheinlich luetisch infiziert. Die eingeleitete antiluetische Kur blieb ohne wesentlichen Erfolg. *Götz-München.*

Über die kongenitale Syphilis der Nebennieren, von Keisaku Kokubo. (*Centralbl. f. allg. Pathol. etc.* Bd. 14. Heft 16/17.) Der Verfasser berichtet über seine

Untersuchungen der Nebennieren bei zwei Fällen von Lues congenita. Die Nachforschungen ergaben, dafs es sich um wirkliche sepezifische, vor allem Gummenbildungen nicht handelte. Solche sind bisher überhaupt in der Literatur noch nicht beschrieben worden. Genauere mikroskopische Berichte fehlen fast ganz über die syphilitischen Veränderungen in kongenital-syphilitischen Nebennieren.

Hopf-Dresden.

Bemerkungen zu den Arbeiten von OPPENHEIM und LÖWENBACH über Blutuntersuchungen bei Syphilis, von JUSTUS, und **Erwiderung auf die vorstehenden Bemerkungen,** von O. und L. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 75. Heft 3—5.) JUSTUS beschwert sich, dafs die beiden anderen Autoren seine Angaben, durch die er das Abfallen des Hämoglobingehalts nach Quecksilbereinverleibung bei Syphilis erwiesen hatte, nicht in der von ihm angegebenen Weise nachgeprüft haben und dadurch zu anderen Resultaten gekommen sind. OPPENHEIM und LÖWENBACH erwidern, dafs sie JUSTUS gar nicht kontrollieren wollten, sondern aus dem Nichtvorhandensein von Eisen im Blutserum nach Quecksilbereinverleibung beweisen wollten, dafs rote Blutkörperchen nicht zugrunde gegangen seien. *F. Hahn-Bremen.*

Syphilis und Ehescheidung, von PRINCE A. MORROW-New York. (*Med. News.* 12. Dez. 1903.) Medizinisch-juristischer Exkurs über diese in praxi oft sehr schwierige Frage, die vor allem vom Standpunkt der amerikanisch-englischen und der französischen Gesetzgebung aus behandelt wird. Die Schwierigkeit, auf Grund einer vom Manne auf die Ehefrau übertragenen Syphilis eine Ehe zu lösen, liegt besonders darin, dafs bewiesen werden mufs: 1. der Ehemann habe Syphilis, 2. die Ehefrau habe ebendieselbe, und 3. dafs letztere in ersterer ihren Ursprung habe. Da auch das Gesetz das Wort Syphilis nirgends als Scheidungsgrund nenne, so rät N., um all diesen damit zusammenhängenden, höchst peinlichen Untersuchungen nicht ausgesetzt zu sein, der Ehefrau, in erster Linie wegen Untreue des Gatten (wenn nicht die Syphilis vor der der Eheschliefsung von demselben akquiriert wurde, was oft aufserordentlich schwer zu unterscheiden! Ref.) auf Ehescheidung zu klagen, den Ärzten aber, mit Ausstellung eventueller Zeugnisse möglichst zurückhaltend zu sein. *Stern-München.*

Syphilis und Berufspflicht, von DUBOIS-HAVENITH-Brüssel. (*Presse méd. belge.* 1903. Nr. 21.) An der Hand eines Falles, wo infolge der Mitteilung einer akquirierten Syphilis eines Angestellten durch den beamteten Arzt an den Chef des Hauses, in dem jener angestellt war, die Gattin des Erkrankten von der extramatrimoniell erworbenen Krankheit ihres Mannes erfuhr und es beinahe zur Scheidung gekommen wäre, verweist der Verfasser wiederholt auf die Wichtigkeit völliger Verschwiegenheit seitens des Arztes. *Hopf-Dresden.*

Der Selbstmord in der Syphilis, von ALFRED FOURNIER-Paris. (*Ann. Policlin. centr.* Mai 1903.) Die Anregung zu dieser eigenartigen Studie erhielt FOURNIER durch folgenden Fall aus der Praxis eines Kollegen. Der Arzt hatte einem jungen Manne, der zu ihm in die Sprechstunde kam, mitteilen müssen, dafs syphilitische Infektion vorliege; der Patient war durch diese Mitteilung wie niedergeschmettert und nahm sich am Morgen des folgenden Tages das Leben. FOURNIER hat nun aus seiner eigenen Erfahrung und durch Umfrage bei mehreren Kollegen die Fälle zusammengestellt, in denen als ätiologischer Faktor für den Selbstmord direkt oder indirekt die Syphilis in Betracht kam, und kommt zur Aufstellung von vier Gruppen. Die erste Gruppe umfafst die Mehrzahl der Fälle, die Fälle, in denen der Selbstmord zurückzuführen ist auf eine durch die Syphilis hervorgerufene Störung der Gehirntätigkeit (syphilitische Meningitis, Hirngumma, Dementia paralytica usw.) Nicht selten ist hier der Selbstmord resp. der Selbstmordversuch ein Frühsymptom der syphilitischen Gehirnerkrankung. Beachtenswert erscheint FOURNIER ferner, dafs mehrere hierher gehörige

Fälle bei jungen Leuten, die Hereditärsyphilitiker waren, beobachtet wurden. — Eine zweite Gruppe begreift die Selbstmordfälle, die durch ein tatsächlich ernstes oder von Kranken für ernst gehaltenes syphilitisches Symptom motiviert sind. Fälle dieser Art sind nicht, wie man erwarten sollte, häufig, sondern im Gegenteil sehr selten. Verfasser hat nur acht Beispiele sammeln können; bei mehreren rechtfertigte gewissermafsen die schwere Entstellung durch hochgradigen geschwürigen Zerfall den Selbstmord, anderen dagegen genügte schon eine unbedeutende Exostose der Tibia, ein papulös-erythematöses Syphilid, um sie zu dem unheilvollen Entschlufs zu veranlassen. Der Arzt wird daher gut tun, den Seelenzustand seiner syphilitischen Kranken sorgfältig zu überwachen. — Von besonderem Interesse ist die dritte Gruppe: die Selbstmordfälle, die unter dem Eindruck der ersten Mitteilung von seiten des Arztes, dafs Syphilis vorliegt, zur Ausführung kommen. Der eingangs erwähnte Fall gehört hierher. Dafs selbst kräftige Leute, wenn der Arzt bei ihnen Syphilis feststellt, für Augenblicke das Gleichgewicht verlieren, dafs ihnen schlecht wird, ist eine jedem Spezialisten geläufige Beobachtung. Es gibt nun Menschen, für die die Syphilis etwas so Entsetzliches ist, dafs die Diagnose des Arztes sie wie ein Blitzstrahl betäubt, und sie wie unter einem Zwange, fast reflektorisch, zum Selbstmord gedrängt werden. Auch bei Frauen wird diese Einwirkung beobachtet, wenngleich seltener als bei Männern. Durch Erfahrungen belehrt, hat Fournier es sich zur Regel gemacht, nie, und wenn die Diagnose noch so sicher ist, dem Patienten sofort und ex abrupto zu sagen, dafs er die Syphilis hat. Wenn möglich, sucht er eine definitive Diagnose bis zu einer zweiten oder dritten Untersuchung hinauszuschieben und den Patienten allmählich an den Gedanken einer Infektion zu gewöhnen; den ersten Choc sucht er soviel als möglich abzuschwächen. Diese Vorsicht, meint Fournier, mag vielen übertrieben erscheinen, aber nur solange, bis eine eigene trübe Erfahrung sie eines Besseren belehrt und zu gleicher Vorsicht geführt haben wird. — In der vierten Gruppe sind die Veranlassung zum Selbstmord die kritischen Situationen, die so oft durch die Syphilis geschaffen werden, wenn es sich um die Frage der Heirat handelt. Der Wiederausbruch syphilitischer Erscheinnngen oder die frische Infektion kurz vor der Hochzeit, das Verbot des Arztes, zu heiraten, diese und ähnliche Momente führen wohl häufiger, als man glaubt und als bekannt wird, zu einem tragischen Ende.

Fournier kommt zu dem Schlusse, dafs im Verhältnis zu der ungeheuren Zahl der Syphilitiker der Selbstmord in der Syphilis zwar eine grofse Seltenheit ist, aber doch keine quantité négligeable. Er selbst hat in der eigenen Praxis 18 Fälle beobachtet. Eine grofse Zahl von Fällen entgeht sicherlich unserer Kenntnis, da die Familien alles Interesse haben, zu schweigen oder einen Schleier über derartige Katastrophen zu decken. Schliefslich erwähnt Verfasser auch, dafs sogar die Furcht vor der Syphilis zuweilen zum Selbstmord treibt. Einer seiner Patienten nahm sich wegen völligen Haarverlustes, den er (Patient) für eine Folge von Syphilis hielt, das Leben, ein anderer wegen eines ganz gewöhnlichen Herpes praeputialis, der sich wenige Tage vor der Hochzeit zeigte. *A. Loewald-Kolmar.*

Einige interessante Syphilisfälle, von Bleicher. (*Militärarzt.* 1902. Nr. 21 u. 22.) Verfasser beobachtete bei seinen Soldaten eine Reihe der verschiedenartigsten Geschwüre, die alle das Gemeinsame hatten, dafs sie jeglicher Therapie trotzten, bis die eingeleitete Schmierkur rasche und dauernde Heilung herbeiführte; die Anamnese ergab bei keinem der Patienten früher stattgehabte syphilitische Infektion.

F. Hahn-Bremen.

Über einige ungewöhnliche Fälle aus der syphilopathischen Klinik, von T. Secchi. (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche.* 1903. 96—98.) — 1. Der erste Fall betrifft einen 82jährigen Syphilitiker, der in Baccho et Venere sein möglichstes

zu leisten pflegte. Einige Tage nach dem Coitus, wobei es zu rohen Manipulationen des Penis in statu erectionis gekommen war, stellte sich ein hochgradiger Priapismus ein, der während drei Monaten allen möglichen therapeutischen Maßnahmen widerstand und auch durch eine heftige spontane Hämorrhagie nicht modifiziert wurde. Mehrere Monate, nachdem diese Erscheinungen gewichen waren, stellten sich eine Reihe von tertiären Phänomen ein: multiple Knochenläsionen am Schädel, Gesicht, Kiefern, Rippen. Nachdem diese den gewöhnlichen Mitteln gewichen waren, erkrankte der Patient, der wieder seine Arbeit aufgenommen hatte, wieder, und zwar unter den Erscheinungen eines akuten, fieberhaften multiartikulären Rheumatismus, den der Verfasser ebenfalls als spezifisch betrachtet, indem sich das Salicyl als vollständig wirkungslos erwies, während Jodkalium sofort die erwünschte Wirkung entfaltete.

2. Der zweite Fall bezieht sich auf eine 30jährige Frau, die von ihrem Manne spezifisch infiziert wurde. Bereits ein Jahr nach den sekundären Symptomen trat neben anderen Erscheinungen ein tuberkulo-ulceröses Syphiloderma an den unteren Extremitäten auf, das trotz der eingeleiteten spezifischen Behandlung dieser letzteren sehr hartnäckig Widerstand leistete, viermal in loco rezidivierte und sich außerdem das letzte Mal mit gangränösen Erscheinungen komplizierte. In bezug auf die Ätiologie dieses schweren Falles weist Verfasser auf den Umstand hin, daß sich der Mann in Afrika an einer Eingeborenen infiziert hatte, selbst eine sehr schwere Form von Lues durchmachte und im Irrenhause an progressiver Paralyse starb.

3. Bei einem mäßigen Raucher, welcher jede spezifische Infektion entschieden in Abrede stellte, wurden auf der Mundschleimhaut eine Reihe von Plaques konstatiert, die in Aussehen, Lokalisation und Entwicklung genau mit einer spezifischen Leukoplakia oris übereinstimmten, zudem gleichzeitig andere spezifische Erscheinungen in Gestalt von Gummata auf der äußeren Haut bestanden. Sämtliche Elemente, sowohl auf der Mundschleimhaut als auf der Haut wurden übrigens bei Anwendung der antiluetischen Behandlung zum Schwinden gebracht. Dementgegen frägt sich der Verfasser, ob die Leukoplakie-Plaques bei den Syphilitikern stets als eine spezifische Erscheinung aufzufassen seien; diese Frage beantwortet er in negativem Sinne, und zwar aus folgenden Gründen: die Leukoplakia oris bei den nichtrauchenden Luetikern ist eine relativ seltene Erscheinung. Hauptsächlich stützt er sich aber auf die Krankengeschichte eines leidenschaftlichen Rauchers, der außerdem Alkoholiker war, und bei dem neben tertiär-syphilitischen Hauteruptionen auch eine Leukoplakia oris bestand, welche trotz aller angewendeten therapeutischen Maßnahmen unentwegt fortbestand, während die anderen Erscheinungen wichen. Er nimmt deshalb an, daß bei den Syphilitikern eine Leukoplakie bestehen kann, die ihrer Natur und ihrem Ursprunge nach nicht spezifisch zu sein braucht.

4. Blennorrhoe und Syphilis. Orchiepididymitis blennorrhoica. Orchitis gummosa. Es handelt sich um einen kräftigen jungen Mann, der sich spezifisch infizierte und außerdem zwei Gonorrhoen durchmachte. Die Gummata im Hoden traten nach der zweiten gonorrhoischen Infektion auf. Der Verfasser argumentiert folgendermaßen: Da sich der Patient nur ein einziges Mal einer antiluetischen Behandlung unterzogen hatte und somit dem Auftreten von tertiären Erscheinungen ausgesetzt war, da er sich bedeutenden Exzessen in Venere hinzugeben pflegte und zwei Blennorrhoen durchgemacht hatte, so sind die Bedingungen zu der Lokalisation der Lues in Gestalt von Gummata in den Hoden reichlich gegeben.

C. Müller-Genf.

Klinik für Haut- und Syphiliskranke, von E. Gaucher-Paris. (*Presse méd.* 1903. Nr. 19.) Professor Gaucher, welcher einen Tag in der Woche ein theoretisches

Kolleg über Haut- und Geschlechtskrankheiten liest, hält, ebenso wie sein Vorgänger Fournier, einmal in der Woche einen praktischen Kursus mit Krankendemonstrationen in der Form einer Poliklinik ab. Die vorliegende Abhandlung umfaßt eine kleine lehrreiche Kasuistik, aus welcher der Fall einer Familie herausgegriffen sei. Ein Vater, welcher vor 26 Jahren syphilitisch sich infiziert hatte, zeugte mit seiner Ehefrau drei gesunde, blühende Kinder. Zu derselben Zeit, wo der Kranke, welcher seit seiner ersten Erkrankung nie wieder das geringste Symptom seiner Syphilis gespürt hatte, an einem Knochengumma des Schädels erkrankte, kam sein ältester Sohn von 20 Jahren in die Behandlung des Verfassers, und zwar mit einer spezifischen Sklerose. Kurze Zeit darauf folgte dessen Bruder mit der gleichen spezifischen Infektion. Ein zweiter Fall betraf einen 15jähr. hereditär-syphilitischen Jungen mit einem sekundären papulösen Syphilid. Die Infektion liegt drei Monate zurück. *Hopf-Dresden.*

Etwas über Syphilis, von T. B. van Alstyne-Binghamton. (*Int. Med. Mag.* März 1903.) Etwas über Syphilis, aber nichts Neues. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Syphilide (Syphilis der Haut und Schleimhaut). (*Jessners Dermatologische Vorträge für Praktiker.* 1904. Heft 11. Würzburg, A. Stubers Verlag.) Das umfangreiche Schriftchen des Verfassers, welches einen weiteren Schritt in der Reihe der dermatologischen Vorträge für Praktiker bildet, ist ausschließlich der Diagnose der Syphilis gewidmet. Mit dem ganzen Ernst des Fachmannes, der die syphilitische Ätiologie durch die Pathologie aller Volksklassen wie einen roten Faden sich hindurchziehen sieht, bearbeitet er den reichen Stoff. Ganz mit Recht beginnt die Schrift mit folgenden Worten: „Es mag wie eine Übertreibung klingen, wenn ich die Besprechung der Haut- und Schleimhautsyphilis mit der Behauptung beginne, daß der Syphilis wohl kaum ein Leiden in der gesamten Pathologie an Bedeutung gleichkommt; dennoch ist es keine solche." Nach einer kurzen Besprechung des Primäraffektes geht der Verfasser zur allgemeinen Diagnostik der Syphilide über, deren Formen er folgendermaßen einteilt: erythematöse oder makulöse; papulöse; tuberöse (nodöse und gummöse); ulceröse Syphilide; Pigmentanomalien. Zum Schluß bespricht Jessner die Syphilis der Anhangsgebilde der Haut, die Formen der angeborenen bez. vererbten Syphilis und die Residuen der Lues, wie Narben, Substanzverluste und Atrophien. Eine primäre, krankhafte, spezifische Pigmentbildung leugnet er. Jede stärkere Pigmentation stellt ein Rückbleibsel sekundärer Art eines knotigen oder gummösen Hautprozesses dar. Wohl aber kann ein primärer spezifischer Schwund des Farbstoffes der Haut vorkommen (Leukoderma syphiliticum). Wenn diese Erscheinung vielfach ebenfalls als sekundäre Folge eines vorangegangenen dermatischen Prozesses aufgefaßt wird, so steht dem die Tatsache entgegen, daß an den vom Leukoderm bevorzugten Körperstellen die Syphilide, denen sie folgen könnten, sehr selten auftreten. Die Umgebung ist normal oder abnorm stark pigmentiert. Die Erklärung für diese Erscheinung steht noch aus, ebenso für die auffällige Tatsache, daß die Frauen an diesem syphilitischen Pigmentschwund mit überwiegendem Prozentsatz teilnehmen. *Hopf-Dresden.*

Die Diagnose der Hautsyphilis, von Isadore Dyer-New Orleans. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 6. Juni 1903.) Verfasserin macht den Lehrbüchern der Syphilis zum Vorwurfe, daß in ihnen Typen aufgestellt werden, die klinisch nicht zutreffend sind. Als Beispiele werden angeführt die Induration des Schankers, die von Verf. noch nie gesehene Kupferfarbe des makulösen Exanthems, und die schematische Einteilung der Syphilis in ein primäres, sekundäres und tertiäres Stadium. Die Hauterscheinungen bei der Syphilis sind charakteristisch genug, daß sie — auch ohne Berücksichtigung der Vorgeschichte und des zeitlichen Auftretens — diagnostiziert

werden können. Verf. gibt einen cursorischen Überblick über die Charakteristik der Hautsyphilide, die sie in solche entzündlicher Art und in Ablagerungen teilt. Diese Einteilung entspricht genau dem, was wir für gewöhnlich unter Früh- und Spätformen verstehen. Wie man sieht, enthalten die Ausführungen der Verf. kaum Neues.

A. Loewald-Kolmar.

Ein Fall von syphilitischem Fieber nach Ileo-Typhus, von Scalese. (*Giorn. internas. delle Sc. med.* 1903. Nr. 14.) Verfasser gibt die Krankengeschichte einer 27jährigen Frau, welche sich im zweiten Jahre nach ihrer Verheiratung luetisch infizierte und entsprechend behandelt worden war. Vier weitere Jahre später erkrankte sie an Typhus, welcher einen regelmäfsigen und typischen Verlauf nahm. Nachdem sie bereits in die Rekonvaleszenzperiode eingetreten und seit mehreren Tagen keine Temperaturerhöhung mehr zu konstatieren war, stellten sich am Abend wieder Schüttelfröste mit Fiebertemperaturen von 38° C. ein, ohne dafs objektiv irgendwelche abnorme Erscheinungen nachzuweisen gewesen wären; vor allem mufste ein Rezidiv des Typhus ausgeschlossen werden. Dieser Zustand dauerte längere Zeit an, bis man sich an die spezifischen Antezedentien der Patientin erinnerte und dementsprechend eine Schmierkur verordnete, worauf rasche Besserung und vollständige Heilung eintrat. Offenbar hat in dem vorliegenden Fall der Typhus das syphilitische Fieber wachgerufen.

C. Müller-Genf.

Zwei Fälle als Illustration gewisser Beziehungen zwischen Syphilis und Epilepsie, von H. S. Allen-Gallipolis. (*Cleveland Med. Journ.* März 1903.) In dem einen Fall wurde der ätiologische Zusammenhang zwischen der Epilepsie und Syphilis durch den günstigen Einfluss der Therapie, in dem anderen Fall durch die Autopsie erwiesen.

A. Loewald-Kolmar.

Über Parasyphilis, von G. Ogilvie-London. (*Lancet.* 13. Juni 1903.) In diesem auf der Madrider Versammlung verlesenen Vortrag wendet sich O. mit grofser Ausführlichkeit und sehr energisch gegen den von Fournier aufgestellten Begriff der Parasyphilis, mit welchem seiner (Verf.s) Meinung nach eine ganze Reihe von nicht zusammengehörenden Affektionen gedeckt werden. Einerseits seien von den beiden Fourniers, sen. und jun., Affektionen dahin gerechnet, welche ganz unabhängig von Syphilis entstehen können (Keratitis interstitialis etc.), anderseits werden auch Läsionen dazu gezählt, welche (wie Leukoderma) von anderen Autoren als spezifisch syphilitisch angesehen werden. Schon die beiden Characteristica der parasyphilitischen Erscheinungen, dafs nämlich dieselben solche sind, welche auch ganz unabhängig von Syphilis entstehen können, und dafs sie auf antisyphilitische Behandlung gar nicht oder nur sehr wenig reagieren, stelle die Theorie auf sehr schwache Füfse. Man könne allerdings, wie dies bereits andere Autoren getan haben, sehr wohl von postsyphilitischen Wirkungen reden, aber bei der Parasyphilis habe man ein Meer von Dichtung und ein Minimum von Wahrheit.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Beitrag zur pathologischen Histologie der syphilitischen Siebbeinentzündung, von J. L. Goodale-Boston. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 7. März 1903.) Bei einem 30jährigen Manne mit negativer syphilitischer Anamnese wurde eine Vergrößerung der rechten mittleren Muschel festgestellt. Das vordere Ende der mittleren Muschel wurde mit der Schlinge entfernt, es erfolgte aber nicht Heilung, sondern der Stumpf wurde der Sitz granulierender Wucherungen, die trotz mehrfacher Entfernung immer wieder kamen. Gemischte Quecksilber- und Jodkaliumbehandlung führten allmählich, nach Abstofsung eines Sequesters aus der rechten Siebbeinhälfte zur definitiven Heilung. Die mikroskopische Untersuchung des entfernten Muschelendes ergab das Bestehen einer proliferativen Periostitis mit Knochenneubildung in

Form unregelmäfsiger Excrescenzen, ferner Poliferation des benachbarten Bindegewebes und der Endothelzellen der Arterien mit stellenweiser Verlegung des Gefäfslumens. Verfasser meint, diese Veränderungen hätten mehr den Charakter einer Granulationsgeschwulst als eines Gummas, und zählt die Neubildung zu den „Syphilomen". Klinisch konnte die Diagnose kaum gestellt werden, mikroskopisch dagegen mit ziemlicher Sicherheit. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein ungewöhnlicher Fall von Nasensyphilis bei einem Kinde, und eine Betrachtung über syphilitische Nasentumoren (Syphilomata), von Clement F. Theisen. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 28. Febr. 1903.) Bei einem siebenjährigen Jungen, der seit einigen Monaten an schweren Atmungsstörungen litt, fanden sich beide Nasenlöcher ausgefüllt durch solide, makroskopisch scharf umschriebene, vom Septum ausgehende Tumoren von etwa Kirschgröfse, grauroter Farbe; auf jeder Nasenseite waren zwei solcher Tumoren, von denen einer gestielt dem Septum aufsafs. Nirgends war die Schleimhaut über den Tumoren ulceriert, noch zeigten sich Veränderungen am Knochen. Anzeichen für Syphilis fehlten sowohl in der Anamnese wie bei der übrigen körperlichen Untersuchung. Operative Entfernung der Tumoren hatte nur vorübergehenden Erfolg. Als die Mutter des Knaben sich endlich zum Geständnis überstandener Syphilis bequemte, wurde mit Jodkalium in kurzer Zeit Heilung herbeigeführt. In diesem Falle waren die Nasentumoren das einzige Symptom spät hervorgetretener hereditärer Syphilis. Verfasser berichtet ferner über zwei analoge, aber nur einseitige Fälle bei Erwachsenen, von denen der eine dadurch bemerkenswert ist, dafs der rasche und dauernde Erfolg der Jodkaliumbehandlung die Diagnose Syphilis sicherte und die mikroskopische Untersuchung trotzdem Tuberkelbazillen in grofser Zahl nachwies. In der Literatur sind eine ganze Reihe solcher Fälle von Nasensyphilomen bekannt. Mit anderen Autoren will Verf. diese „Syphilome" von gummösen Neubildungen getrennt wissen, weil sie sich von diesen durch die scharfe Abgrenzung von der Umgebung und das Fehlen der Neigung zu Zerfall unterscheiden.

Aus der Diskussion ist hervorzuheben, dafs Beck-Chicago ebenfalls einen Fall von Nasentumor mitteilt, der durch antisyphilitische Therapie geheilt und bei dem mikroskopisch und kulturell das Vorhandensein von Tuberkelbazillen festgestellt wurde. Solche Mischinfektionen sind auch von Fraenkel u. a. beschrieben.

A. Loewald-Kolmar.

Syphilitische Nekrose des Unterkiefers, von Creutz. (*Journ. d. pratic.* 1903 Nr. 43.) Beschreibung einer syphilitischen Nekrose des ganzen Unterkiefers bei einer Algerierin. Der Fall war, abgesehen von seiner ungewöhnlichen Ausdehnung, auch dadurch ausgezeichnet, dafs seit mehr als einem Monat überaus starke Dolores osteocopi bestanden. Während solch heftige Schmerzen bei syphilitischen Eingeborenen Algeriens ziemlich häufig vorkommen, sind sie bei syphilitischen Europäern sehr selten. Cr. sieht darin einen Beweis für die Schwere der gewöhnlich unbehandelten Syphilis der Eingeborenen gegenüber der durch Merkurialisation abgeschwächten Lues der Europäer. *Göts-München.*

Über die sogenannte „glatte Atrophie der Zungenwurzel" und ihr Verhältnis zur Syphilis, von Fritz Lesser-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 45.) Das Haupterfordernis für die Annahme einer glatten Zungenwurzelatrophie ist die veränderte Konsistenz, nicht die Gröfse und Zahl der Balgdrüsen. In den Sektionsprotokollen des Moabiter Krankenhauses fanden sich von 1896 bis 1902 166 Fälle mit Atrophia laevis caseos. linguae, unter welchen in 73 anatomisch Syphilis festgestellt werden konnte, in 17 derselben fanden sich gummöse Prozesse, in 2 Condylomata lata. Der hohe Prozentsatz von Syphilis, der bei Individuen mit glatter

Zunge konstatiert wurde, macht zwar einen Zusammenhang der Glossitis laevis mit der Lues sehr wahrscheinlich, genügt aber nicht, um die Abhängigkeit der Atrophie von der Lues zu beweisen, *Bernhard Schulze-Kiel.*

Syphilis der Lungen, Lungentuberkulose vortäuschend, von Alfred Stern. (*Penna. Med. Bullet.* Mai 1903.) Das in letzter Zeit viel ventilierte Thema wird von St. hier sowohl nach eigener Erfahrung wie Literaturstudium eingehend erörtert. Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus sind dreierlei Arten von Lungensyphilis beim Erwachsenen zu unterscheiden: 1. Gummata, 2. Veränderungen im Bindegewebe, 3. im Parenchym. Die Symptome und physikalischen Erscheinungen, welche man bei Lungensyphilis trifft, sind manchmal so wenig ausgeprägt, daſs sie bei Lebzeiten nicht erkannt werden kann, sondern erst bei der Autopsie gefunden wird, während in anderen Fällen ausgesprochene Symptome und physikalische Zeichen konstatiert werden, die jedoch nicht als durchaus für Syphilis sprechend anzusehen sind. Zweifellos ähneln manche dieser Fälle so sehr der Lungentuberkulose, daſs selbst bei der Autopsie die Unterscheidung eine schwierige ist. In positivem Sinne kann man sich nur dann für Lungensyphilis aussprechen, wenn anamnestisch die Infektion fest steht, oder Symptome konstitutioneller Lues vorhanden sind, und bei deutlichen Erscheinungen einer Lungenaffektion wiederholte Sputum-Untersuchung keine Tuberkelbazillen nachweisen konnte. Hämoptyse ist bei syphilitischer Lungenerkrankung im allgemeinen selten, wenn auch über Fälle von Expektoration groſser Blutungen berichtet wird; Fieber wird fast immer in irgendeiner Periode der Krankheit konstatiert, Abmagerung ist zwar weniger ausgeprägt wie bei Lungentuberkulose, wird aber fast immer in mehr oder weniger hohem Grade gefunden. Mit Sicherheit kann also auch nach St.s Ansicht die Diagnose Lungensyphilis nicht gestellt, sondern sie kann nur in manchen Fällen vermutet werden (syphilitische Erscheinungen in anderen Organen). Energische spezifische Behandlung sollte jedenfalls dann eingeleitet werden; Heilung beweist aber nicht immer die Richtigkeit der präsumptiven Diagnose, denn auch bei Lungentuberkulose kommt Spontanheilung vor. Schlieſslich dürfe nicht vergessen werden, daſs Tuberkulose bei Syphilitikern vorkommen kann und besonders von älteren Schriftstellern die bei konstitutioneller Lues vorhandene Prädisposition zu Tuberkulose hervorgehoben wurde. *Stern-München.*

Beitrag zur Herzsyphilis, insbesondere in Verbindung mit Tabes, von Schuster-Nauheim. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 41.) Sch. fand unter 22 Fällen von Tabes (darunter 14 mit vorhergehender Syphilis) mit Ausschluſs aller zweifelhaften Fälle und anderer Rückenmarkserkrankungen drei Aorteninsufficienzen = 18 %. Alle drei Patienten hatten Syphilis gehabt. Verf. hält die Koincidenz dieser drei Aorteninsufficienzen mit Tabes auf Grund seiner bisherigen Erfahrungen nicht für Zufall, sondern meint, daſs beide Krankheitserscheinungen auf dieselbe Ursache, die Syphilis, zurückzuführen sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Tabes incipiens und Syphilis cerebro-spinalis, von Alfred Schittenhelm-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 45.) Kurze Mitteilung über einen anatomisch festgestellten Fall von beginnender Tabes, die sich intra vitam einzig und allein durch reflektorische Pupillarstarre geäuſsert hatte.

Weiterhin beschreibt Sch. einen Fall von Syphilis cerebro-spinalis, der zuerst an eine inzipiente cervikale Tabes erinnerte, später aber Ähnlichkeit mit einer progressiven Paralyse aufwies. Entschieden wurde die Diagnose eigentlich erst durch den Erfolg der spezifischen Behandlung. Die meisten Symptome, vor allem die psychischen, verschwanden vollständig; ein solcher Erfolg aber kann nur bei einer echten Syphilis cerebro-spinalis erreicht werden. *Göts-München.*

Zwei Fälle von Heilung der Tabes. Betrachtungen über die Heilbarkeit der sog. parasyphilitischen Krankheiten, von Rob. Dubot. (*Annal. Policlin. Centr.* März 1903.) Französische Autoren, vornehmlich Leredde, wollen den von Fournier aufgestellten Begriff der „parasyphilitischen" Krankheiten wieder fallen lassen, da ihrer Ansicht nach die Tabes und die Paralyse nicht bloſs auf syphilitischer Basis entstehen, sondern selbst syphilitischer Natur sind. Auch Verfasser bekennt sich zu dieser Auffassung. Das Geheimnis des Erfolges einer antisyphilitischen Behandlung der Tabes liegt, wie Verfasser meint, in der möglichst frühzeitigen Erkennung der Tabes und in einer sehr energisch durchgeführten Therapie (intramuskuläre Kalomelinjektionen und Jodkalium). Die beiden Fälle, über die Verfasser berichtet, sind seiner Ansicht nach einwandsfrei. Um eine Pseudotabes syphilitica hat es sich nicht gehandelt; wenigstens behauptet es Verfasser, ohne freilich einen Versuch zu machen, seine Behauptung zu beweisen. Referent will die Richtigkeit der Diagnose Tabes nicht anzweifeln, vermag aber nicht einzusehen, weshalb bei den beiden jugendlichen Individuen (die Patienten standen im Alter von 26 bezw. 27 Jahren) Pseudotabes ausgeschlossen sein soll. Bei beiden Patienten lag die Ansteckung noch nicht lange zurück, als die Tabessymptome auftraten, bei dem einen noch nicht einmal dreiviertel Jahr, bei dem anderen etwa vier Jahre; dieser hatte überhaupt noch keine antisyphilitische Behandlung durchgemacht. Auf diese beiden Fälle läſst sich nach der unmaſsgeblichen Meinung des Referenten ein so gewichtiger Satz wie die Heilbarkeit der Tabes nicht aufbauen. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein Fall von Nieren-Syphilis, von M. Lauterbach-Wien. (*Med. Blätter.* 1903. Nr. 36.) L. beobachtete einen Fall von Nieren-Syphilis, der zuerst wegen starker Kopfschmerzen und Albuminurie auf Nephritis behandelt wurde. Da jedoch unter Bädern und Milchkuren keine Besserung eintrat und sich aufserdem an der linken Stirnseite zwei Geschwülste bildeten, die nur als Gummen aufgefaſst werden konnten, wurde eine Schmierkur eingeleitet. Sieben Wochen nach beendeter Schmierkur und Jodkaliumgebrauch Harn frei von Eiweifs, Kopfschmerzen verschwunden, Patient geheilt entlassen. *Putzler-Danzig.*

Ein Fall von syphilitischer Nephritis bei einem Säugling, von G. Carpenter. (*Brit. med. Journ.* 12. Sept. 1903.) Das fünf Monate alte, von syphilitischen Eltern stammende Kind war bei der Geburt scheinbar gesund. Im Alter von acht Wochen bekam es Stockschnupfen und Lungenkatarrh. Später trat am Gesäfs und an den unteren Extremitäten ein roter Fleckenausschlag auf, der nach einiger Zeit abblaſste und verschwand. Das Kind sieht gegenwärtig blaſs und schwächlich aus und zeigt ein gedunsenes Gesicht. Die Untersuchung des Urins ergab unter anderen Befunden eine beträchtliche Menge Eiweifs. Der Fall verlief letal. Die Autopsie ergab nichts Abnormes in Herz und Lungen, Milz und Leber, dagegen die Nieren stellenweise katarrhalisch entzündet. — Die Krankengeschichte eines zweiten Falles teilt Verfasser zum Beweise mit, daſs die kongenitale Syphilis ebensogut katarrhalische wie interstitielle Nephritis und völlig unabhängig von letzterer hervorzurufen imstande sei. *C. Berliner-Aachen.*

Syphilis der Nieren, von Waclaw Sterling. (*Gaseta lekarska.* 1903. Nr. 27—36.) In einer ausführlichen Monographie präzisiert Verfasser den heutigen Stand der Lehre über Syphilis der Nieren. Nach einem historischen Überblick und nach Zusammenstellung wichtigster diesbezüglicher Arbeiten kommt Verfasser zu folgenden allgemeinen Resultaten: Syphilis der Nieren wird bei Kranken selten diagnostiziert; der Harn aller Syphilitiker sollte öfters untersucht werden; im allgemeinen ist Syphilis der Nieren klinisch eine seltene Krankheit; bei Autopsien begegnet man unter 12,5 % Nierenleiden nur in ¼—⅛ % syphilitischen Prozessen, dagegen

bei Autopsien von Syphilitikern in 25—50 % der Fälle Veränderungen in den Nieren. Die Frage der Einwirkung des Quecksilbers auf die Nieren wird eingehend besprochen und die krassen Widersprüche in den Ansichten verschiedener Autoren entsprechend beleuchtet. Verf. erörtert ferner die Schwierigkeiten bei der Diagnose der Nierensyphilis und glaubt mit Mauriac, dafs diese Diagnose „est instinctif plutôt que basé sur des preuves materielles; mais c'est un diagnostic cependant très pratique puisqu'il implique logiquement l'emploi d'une medication spécifique".

Im zweiten Teile der Arbeit schildert Verf. der Reihe nach alle Nierenkrankheiten, die infolge acquirierter Lues auftreten, und zwar: 1. syphilitische Albuminurie, 2. paroxysmale Hämoglobinurie, 3. akute Nephritis, 4. diffuse chronische Nephritis, 5. indurative und narbige chronische Nephritis, 6. gummöse Prozesse und 7. amyloide Degeneration der Nieren. In allen diesen Kapiteln werden die Ätiologie, das klinische Bild, die Diagnose, Prognose, pathologische Anatomie und Therapie einzelner Prozesse an der Hand kritisch zusammengestellter Literatur eingehend besprochen. *Leo Feuerstein - Bad Hall.*

Ein Fall vermutlicher Gummibildungen in der Leber bei einem sechsjährigen Kinde, von Maurice Ostheimer - Philadelphia. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 6. Juni 1903.) Das von syphilitischen Eltern abstammende Kind, bei dem bisher Zeichen von Syphilis nicht bemerkt worden waren, erkrankte im sechsten Lebensjahre mit leichtem Fieber, Übelkeit, Gelbsucht und Stuhlverhaltung. Die Untersuchung ergab Leber- und Milzvergrößerung, einige Tage später kam Ascites hinzu. Antisyphilitische Behandlung erzielte rasche und vollständige Heilung; nach Verschwinden des Ascites konnte an der Leberoberfläche deutlich ein circumskripter, etwa eichelgroßer Knoten abgetastet werden, der im Laufe der weiteren Behandlung verschwand. *A. Loewald-Kolmar.*

Klinische Studie über den syphilitischen Icterus, von Floria Sibrovescu-Bukarest. (*Presse méd.* 1903. Nr. 81.) Der Verfasser gibt vier Krankengeschichten wieder, bei denen es sich um vier Prostituierte handelt, die im Verlauf ihrer Lues an Gelbsucht erkrankten. Das Auftreten erfolgte mit dem Ausbruch der sekundären Erscheinungen. Es handelt sich wohl auch um spezifische Erkrankungen der Gallengänge. Das Auftreten eines spezifischen Icterus hängt von der persönlichen Prädisposition des Körpers und der einzelnen Organe ab. *Hopf-Dresden.*

Der Icterus bei den Syphilitikern. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 47.) Kurze Beschreibung eines Falles von einfachem katarrhalischen Icterus bei einem Alkoholiker, der 20 Jahre vorher luetisch infiziert worden war. *Göts-München.*

Einseitige Syphilis des Hodens, Samenstranges, der Prostata und der Samenblase, von R. Duhot. (*Ann. Policlin. centr.* Juni 1903.) Syphilis des Samenstranges ist hier und da beobachtet worden, über Syphilis der Prostata liegen ganz wenige zum Teil angezweifelte Mitteilungen vor, und über syphilitische Prozesse in den Samenbläschen ist überhaupt nichts bekannt. Trotzdem dürfte es verkehrt sein, so weit wie Mauriac zu gehen, der Prostata und Samenbläschen als immun gegen Syphilis ansieht. Der vom Verfasser beobachtete Fall betraf einen Mann von 27 Jahren, dessen Syphilis zwei Jahre alt und mangelhaft behandelt war. Die Untersuchung ergab neben einem tubero-ulcerösen Syphilid der Beine folgenden Befund an den Genitalien: rechter Hoden und Nebenhoden vergrößert, hart, schmerzlos, „typische Sarcocele syphilitica"; im Verlauf des Samenstranges vier ca. haselnußgroße, derbe, unempfindliche Knoten; der rechte Lappen der Prostata stark vergrößert, bretthart ohne Unebenheiten, schmerzlos; Samenbläschen rechts vergrößert, ohne Unebenheiten und bretthart; im Beckenbindegewebe neben Prostata und Samenbläschen eine Reihe

harter indolenter Drüsen; Urin trübe, eiterhaltig, ohne Gonokokken. Der Patient bekam im Laufe von fünf Monaten 90 Einreibungen von grauer Salbe (à 4,0 g); danach waren alle Tumoren verschwunden bis auf eine unbedeutende Verhärtung an einer Stelle des Samenstranges und eine leichte Verdickung am hinteren Ende des Samenbläschens, der Urin hatte sich bei dieser Behandlung völlig aufgeklärt. Verfasser bespricht die Differentialdiagnose und hält eine andere Diagnose als Syphilis für ausgeschlossen. *A. Loewald-Kolmar.*

Syphilitische Erkrankungen der Gelenke, von E. P. Paton. (*Brit. med. Journ.* 28. Nov. 1903.) Der Verfasser war in der Lage, folgende Varietäten von syphilitischen Gelenkerkrankungen in seiner Praxis zu beobachten:

a) Im sekundären Stadium:

1. Die Arthralgie, zumeist in der Nacht auftretende, mehr oder weniger heftige Schmerzen in den Gelenken oder um dieselben herum.

2. Die akute oder subakute Synovitis, die am häufigsten unter den Erscheinungen eines rheumatischen Fiebers auftritt und vielfach als syphilitischer Rheumatismus bezeichnet worden ist.

3. Die Hydrarthrosis. Sie betrifft fast ausschliefslich das Kniegelenk und kann sich im Anschlufs an die Synovitis aus einem akuten, synovialen Erguſs entwickeln. Die Schmerzen sind hier verhältnismäfsig gering.

b) Während des tertiären Stadiums:

1. Die subakute oder chronische Synovitis oder Hydrarthrosis.

2. Die gummöse Erkrankung der Gelenkkapsel, des Knochens oder Knorpels, sei es primär oder sekundär fortgeleitet von in der Nachbarschaft lokalisierten Gummata.

3. Die aus beiden bisweilen als Terminalstadium resultierende Ankylosis.

Der Verfasser bringt einige Beispiele für die einzelnen Varietäten bei.

C. Berliner-Aachen.

Vaginitis erythematosa syphilitica, von Miocucci. (*Clin. dermosifilop. delle Univ. di Roma.* März 1902.) Die Patientin litt an einem ausgebreiteten maculo-papulösen Syphilid; die Scheide zeigte Rötung der Schleimhaut mit Epitheldefekten; ein exzidiertes Stück zeigte Veränderungen, die sich mikroskopisch als syphilitisch ansprechen liefsen: Veränderungen längs den Blutgefäfsen, entzündliche Infiltration der Media, Endotheliitis und Endoarteriitis obliterans. *F. Hahn-Bremen.*

Polyneuritis syphilitica des Sehapparates, von Rob. Duhot. (*Ann. Policlin. centr.* Mai 1903.) Fall von einseitiger Ophthalmoplegia externa und interna im Frühstadium der Syphilis (einen Monat nach Beendigung der ersten Kur) bei einer 40jährigen Frau; der N. trochlearis war nur paretisch. Aufserdem bestand auf der gleichen Seite Neuroretinitis N. optici. Psychische Störungen fehlten, subjektiv waren nur nächtliche Kopfschmerzen in der Stirn- und Augengegend vorhanden. Sämtliche Symptome gingen während einer Kalomelinjektionskur vollständig zurück, doch entwickelte sich während der Kur ein Gumma der linken Mandel. Pathologisch-anatomisch dürfte der Augenmuskellähmung eine gummöse Basalmeningitis zugrunde liegen.

A. Loewald-Kolmar.

Zur Frage der gummösen Geschwülste der Sclera, von Lotin. (*Ruski Wratsch.* 1903. S. 1245.) Zu den bisher in der Literatur beschriebenen wenigen Fällen von Gummabildung in der Sclera, welche von Bull, Hirschberg, Rothmund v. Eversbusch (2 Fälle), Higgens (2 Fälle), Andrews, Saint Martin, Fessler, Alexander, Wadsinsky, Tarnowski, Kyle, Engel-Reimers, Motschulsky, Filatow, Hippel und Fialho herrühren, fügt Verfasser eine eigene Beobachtung hinzu. Dieselbe betrifft einen 43jährigen Mann, bei dem sich in kurzer Zeit unter heftigen Schmerzen

eine totale Erblindung des rechten Auges eingestellt hatte, die zur Enukleation des Auges führte. Erst die mikroskopische Untersuchung klärte die Diagnose, wenngleich auch bei rechtzeitig gestellter Diagnose die Operation unvermeidlich gewesen wäre.

Arth. Jordan-Moskau.

Über die therapeutische Bedeutung der Exzision des syphilitischen Primäraffekts, von Kazmur Kaku. (Inaug.-Dissert. Rostock 1903.) Der Verfasser gibt eine eingehende Übersicht über die veröffentlichten Fälle und die Ansichten der Autoren, fügt auch eine Reihe von 13 von ihm selbst exzidierten Patienten bei; um das vorwegzunehmen, so hat er an seinen in Japan operierten Fällen stets ein negatives Resultat erzielt. Er kommt auch zu dem Schlusse, daſs selbst sehr frühzeitig operierte wirklich luetische Geschwüre doch stets von sekundär oder tertiär luetischen Erscheinungen gefolgt werden; die positiven Fälle, welche in geringer Zahl von einzelnen Autoren berichtet sind, hält er stets für nicht richtig diagnostiziert, da es klinisch und mikroskopisch unmöglich ist, die Diagnose eines luetischen Geschwürs so früh sicher zu stellen.

F. Hahn-Bremen.

Die Behandlung der syphilitischen Folgeerkrankungen, von Hallopeau. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 44.) Unter der Bezeichnung „syphilitische Folgeerkrankungen (Deuteropathien)" faſst H. alle Krankheitserscheinungen zusammen, die, sekundär nach Syphilis auftretend, durch spezifische Behandlung nicht beeinfluſst werden; der Begriff der syphilitischen Deuteropathien deckt sich demnach mit dem von Fournier eingeführten Begriff der parasyphilitischen Affektionen. Es gehören hierher die aktiven und passiven Störungen der Vaskularisation und Ernährung in der Umgebung von Gummen, sekundäre Veränderungen luetischer Narben, Verengerungen und Dilatationen der Orificien, Alterationen der Sensibilitäts- und Koordinationszentren, Läsionen der Hirnwindungen, der Pia mater, der Arachnoidea usw. Die Behandlung der verschiedenen Affektionen richtet sich lediglich nach den bestehenden Veränderungen.

Bei Tabes und progressiver Paralyse empfiehlt H. eine intensive Quecksilberbehandlung, aber nicht in Form von Injektionen, sondern stets in Form einer Schmierkur; bei Tabes soll daneben auch Jod gegeben werden. So optimistisch wie Lebeddz denkt H. über die Heilbarkeit der Tabes nicht; immerhin versichert auch er, daſs unter der angegebenen Behandlung nicht ganz selten weitgehende Besserungen und selbst Heilungen eintreten.

Götz-München.

Syphilis und Balneotherapie, von T. Marschalkó. (*Budapesti orvosi ujsáy.* 1903. Nr. 6—7.) Die Balneotherapie der Syphilis wird im allgemeinen nicht in dem Maſse gewürdigt, wie es dieselbe verdienen würde. Mit der Zunahme der Anhänger der intermittierenden antisyphilitischen Behandlung scheint sogar die falsche Ansicht überhand zu nehmen, daſs neben der spezifischen Behandlung die sogenannte Therapia adjuvans, zu welcher auch die Balneotherapie zu rechnen ist, ganz überflüssig geworden ist, es wird zuviel nach Schematismus behandelt. Es gibt eben sehr wenig Syphilitische, die nicht nur ihre Syphilis haben, sondern die in der Regel auch eine gewisse pathologische Individualität mitbringen, welche sich auf die verschiedenste Art äuſsert, demzufolge muſs Rücksicht genommen werden auf die Lebensweise, Ernährungsgrade und Stoffwechselstadium des Kranken, anderseits auf gewisse Dyskrasien oder pathologische Dispositionen, welche jede einzelne niedergekämpft werden muſs. Die Sache steht also so, daſs die Adjuvanstherapie in keinem einzigen Falle von Syphilis überflüssig, in manchen Fällen sogar unerläſslich ist. Abgesehen von irregulären Fällen im Frühstadium der Syphilis maligna und Syphilis praecox, sodann bei den späteren tertiären Erkrankungen, ist die frühzeitige Adjuvanstherapie, und in dieser die Balneotherapie, selbst in gewissen Fällen der Frühsyphilis, deren Verlauf sich als normaler präsentiert, bereits unent-

behrlich. Verfasser zählt einige Exempel auf. Ein spezifischer Badekurort gegen die Syphilis existiert nicht, alle wirken blofs durch die Steigerung des Stoffwechsels, je besser die einzelnen therapeutischen Faktoren vorhanden sind, um so besser ist der Kurort. In erster Linie sind die Thermalquellen zu nennen, in zweiter Linie die Jod-Kochsalzwässer, in vielen Fällen aber sind bereits die einfachen hydrotherapeutischen Mafsnahmen sehr nützlich und wichtig. Es ist wichtig, dafs der Badearzt, wenn er schon kein Spezialarzt ist, doch in der Nosologie der Syphilis eine gewisse Tüchtigkeit besitzt, dafs derselbe seinem Kranken plausibel zu machen versteht, dafs nach einer einzigen Badekur ebensowenig eine gänzliche Heilung eintreten kann, als nach einer einzigen Quecksilberkur, dafs der Badearzt den Kranken darauf vorbereitet, dafs die Syphilis eine chronische Krankheit ist, die längere Zeit hindurch auch behandelt werden mufs. So werden auch weniger Kranke in Lindewiese und in anderen Aushungerungskurorten anzutreffen sein, welche Kufen bei der Syphilis entschieden zu verurteilen sind. *A. Alpár-Alexandria.*

Verschiedenes.

Personalia. Pierleone Tommasoli †. Im 46. Lebensjahre, nach kaum fünfzehnjähriger, glänzender wissenschaftlicher Laufbahn, starb in Palermo Prof. Pierleone Tommasoli an einer schweren Krankheit, deren Ursprung und Natur dunkel blieben. Etwa ein Dezennium stand er an der Spitze des Universitätsinstituts für Dermatologie und Syphilis, das unter seiner Leitung wegen der guten Einrichtungen und wegen vielfacher, seiner Anregung zu verdankender wissenschaftlicher Arbeiten, sich den besten italienischen Kliniken würdig zur Seite stellen konnte.

Es ist fast überflüssig, von ihm als einer bedeutenden wissenschaftlichen Kraft zu sprechen. Unter der grofsen Zahl seiner Publikationen seien hervorgehoben: Über die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Hautkrankheiten — Flora dermatologica — Parakeratosen Auspitz und Unna — Über die Natur des Epithelioma contagiosum — Dermatologische Briefe aus der Unnaschen Klinik — Pemphigus vegetans Neumann — Prurigo — Vererbung der Syphilis oder des Syphilismus — Impetigo erpetiforme e Piodermite vegetante — Pemfigo e Pemfigoidi — Sifilide e Cheratosi folliculare — Sul Sifilismo tuberoso.

Erst in jüngster Zeit ist von ihm ein an neuen Ideen reiches Werk über die venerischen Krankheiten erschienen, dessen Übersetzung dem deutschen dermatologischen Publikum bald vorgelegt werden wird.

Die italienische dermatologische Wissenschaft verliert in ihm einen ihrer besten und eifrigsten Vertreter. Und auch in Deutschland, wo in den ersten Jahren seiner wissenschaftlichen Tätigkeit eine Reihe von Arbeiten, besonders aus dem Unnaschen Laboratorium, erschien, wird man die Kunde von dem Tode des geistreichen Forschers mit aufrichtigem Schmerz und Bedauern vernehmen.

Dr. Ullmann, I. Assistent der Klinik für Dermatologie und Syphilis in Palermo.
Dr. La Mensa, Assistent.

Prof. E. Kromayer hat sein Amt als Leiter der Halleschen Universitätspoliklinik niedergelegt und ist nach Berlin verzogen. Der Grund liegt in den verkehrten Universitätsverhältnissen Halles. Seine Forderung, eine stationäre Klinik der Poliklinik anzugliedern, hat die Regierung nach zweijährigen Erwägungen in letzter Stunde zu erfüllen sich aufser Stande gesehen. Dies war für K. ausschlaggebend und er trat von der Leitung der Poliklinik zurück.

Dermatologie als Spezialität und die praktischen Ärzte. Vortrag von KLOTZ-New York. (*New York med. Monatsschr.* Okt. 1903.) Den meisten praktischen Ärzten ist die Dermatologie mehr oder weniger ein fremdes Gebiet. Das kommt daher, weil die Veränderung der Haut in Form, Farbe, Lokalisierung und Gruppierung so mannigfach und oft so vielen Schwankungen unterworfen sind, dafs es einem Ungeübten schwer fällt, sich in diesem Wirrwarr zurecht zu finden, zumal die Hautkrankheiten meist von nur geringen Funktionsstörungen und subjektiven Beschwerden begleitet sind, welche uns bei der Beurteilung der krankhaften Zustände unterstützen könnten. Dazu kommt noch, dafs der Unterricht in der Dermatologie vielfach ein ungenügender ist und auch im Examen diesem Fache meist nur geringe Bedeutung zugemessen wird. Die Polymorphie der Hautaffektionen hat die Nomenklatur ins Ungemessene vermehrt, und namentlich für die selteneren Hautkrankheiten gibt es fast ebensoviele Namen als Beobachter. Unsere Diagnose wird zu sehr durch die umständliche Beschreibung der Efflorescenzen bestimmt; dadurch fühlt sich der praktische Arzt nicht befriedigt; sie sollte vielmehr eine ätiologische und histologische sein. An der Hand einer Arbeit von PHILIPSON: Die morphologische Richtung und die anatomisch-genetische Richtung in der heutigen Dermatologie (*Arch. f. Dermatol.* 1901. Bd. 58) sucht der Vortragende die Notwendigkeit einer Reform der Grundprinzipien unserer dermatologischen Diagnostik nachzuweisen. Wir müssen mehr anatomisch denken lernen, wir müssen versuchen, an der erkrankten Haut die anatomischen Veränderungen und die dieselben bedingenden pathologischen Vorgänge nachzuweisen. Hierzu bedarf es einer allgemeinen Pathologie der Haut, welche die Natur der anatomischen Prozesse feststellt, und einer allgemeinen Diagnostik, welche uns lehrt, dieselben am Lebenden zu erkennen. Durch diese Methode würde auch eine grofse Vereinfachung der dermatologischen Nomenklatur und der nur dem Spezialisten verständlichen technischen Ausdrücke erzielt werden. Auch vom Standpunkte der Therapie ist diese Reform notwendig, da nur die pathologische Anatomie eine sichere Grundlage für unser therapeutisches Handeln abgeben kann. (Es ist doch selbstverständlich, dafs jeder ernste Dermatologe bemüht ist, bei der Diagnostik alle Momente, auch die histologischen Verhältnisse der Haut, zu berücksichtigen, und es bedarf hierzu nicht der „Reform"bestrebungen des Vortragenden. Unsere Kenntnisse der Pathologie der Haut sind aber noch lückenhaft; mit UNNAS Histopathologie der Haut ist aber die breite Grundlage gegeben, auf welcher weitergebaut werden soll. Auch JESSNERS Dermatologisches System auf pathologisch-anatomischer Basis [Leopold Voss, Hamburg 1893] ist erfolgreich bemüht, die pathologische Anatomie bei den Erkrankungen der Haut als Richtschnur zu nehmen. D. Ref.) *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Das Merkblatt der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von A. BLASCHKO-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 13.) In gewandter und sachlicher Weise verteidigt B. das Merkblatt gegen die demselben von Seite der Abolitionisten und Sittlichkeitsvereine gemachten Vorwürfe. Er betont, dafs das Ziel der Gesellschaft die physische Gesundung des Volkes und die Aufgabe der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten und alles, was deren Verbreitung fördert, sei, während die Abolitionisten und Sittlichkeitsvereine eine höhere sexuelle Moral wollen und in dem Verkehr mit Prostituierten und in jedem aufserehelichen Beischlaf eine Sünde erblicken; das ist aber in der Praxis nicht durchführbar.

Bernhard Schulze-Kiel.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 38. No. 11. 1. Juni 1904.

Keratosis circumpilaris (Kératose pilaire engaînante).

Von

Prof. Ch. Audry-Toulouse.

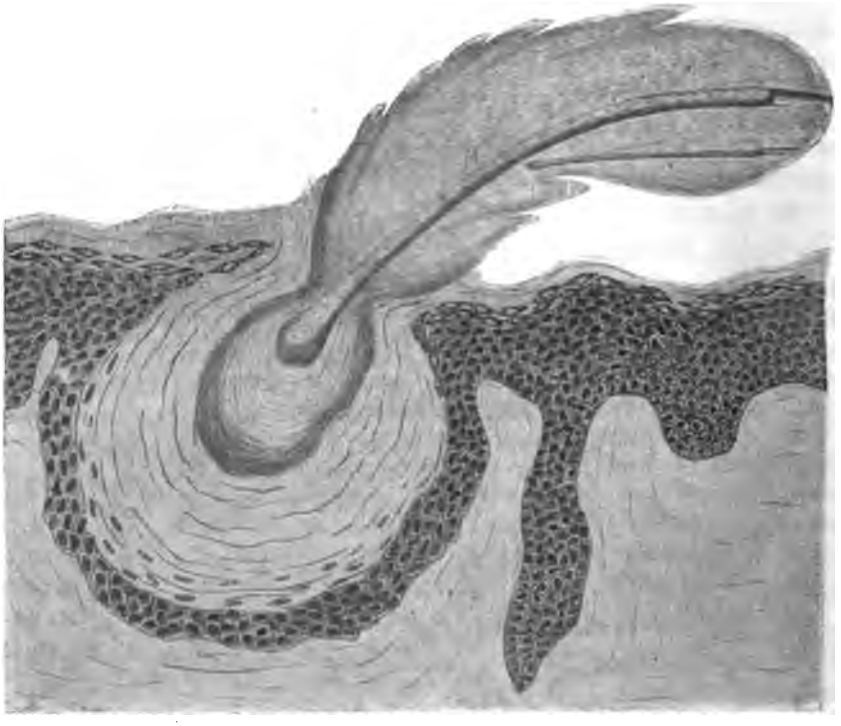
Mit einer Abbildung im Text.

Ich lasse hier die Beschreibung einer eigentümlichen Varietät von Keratosis pilaris folgen.

Es handelt sich um einen achtjährigen, in Argentinien von gesunden französischen Eltern geborenen Knaben. Seit zwei Jahren lebt er wieder in Frankreich und hat keine anderen Krankheiten durchgemacht als Röteln und vielleicht Variola. Er ist etwas klein für sein Alter, aber sonst gesund.

Nach den Angaben der Mutter hat die jetzige Krankheit vor zwei Monaten angefangen, und zwar an der hinteren Fläche des Halses, wo sie auch lokalisiert geblieben ist. An dieser Stelle ist die Haut mit kleinen, trockenen, mit Haaren besetzten, hellgelben Erhabenheiten überdeckt, während die sie umgebende Epidermis vollständig normal aussieht. Diese kegelförmigen Erhabenheiten sind etwa 2 mm hoch und haben die Dicke eines starken Pferdehaares. Beim Darüberfahren mit der Hand hat man das Gefühl wie von Bartstoppeln. Jedes Element entspricht einem Haarfollikel. Die Gesamtheit der Follikel dieser Körpergegend sieht dadurch aus wie ein glatter, gleichmäfsiger und ununterbrochener Rasen. Die so veränderte Fläche erstreckt sich von der Haargrenze bis zur Gegend des siebenten Halswirbels und in der Breite von einem Kieferwinkel zum anderen. An den hinteren und seitlichen Halspartien sind die Läsionen noch frisch, und hier bilden die Elemente kleine weifse Körnchen, wie man sie bei der frischen Keratosis pilaris antrifft. Alle sind in ihrem Zentrum von der Spitze eines weifsen, glänzenden Flaumhaares durchzogen. Es bestehen weder Schmerzen noch Jucken. Zwei oder drei derartig veränderte Follikel führen eine ganz kleine Pustel. An den seitlichen Partien des Thorax und des Abdomens konstatiert man einige wenige ganz typische Körnchen von Keratosis pilaris. Sonst findet man nirgends etwas Abnormes.

Reifst man einige dieser Erhabenheiten aus und betrachtet sie in Kalilauge oder RANVIERschem Pikrokarmin, so findet man folgendes: sie haben eine längliche Gestalt, sind am freien Ende kegelförmig zugespitzt und an der Basis, die dem Follikel entspricht, aufgetrieben. Sie bestehen aus dicht gedrängten, ziegelförmig übereinandergelagerten Hornlamellen. Das freie Ende ist von einem axialen Kanal durchzogen, der sich gegen die Spitze zu öffnet. In diesem Kanal liegt das Härchen, das nicht ganz bis an die Spitze des ersteren reicht. Exzentrisch von diesem Kanal liegt ein zweiter, der aber viel kleiner ist und ebenfalls ein, wenn auch



(Halbschematisch.)

bedeutend dünneres Härchen enthält. Das in der Achse des Kanals verlaufende Härchen kann bis an dessen Ursprung verfolgt werden, d. h. bis an die Basis des kleinen Höckerchens. Es führt einen vollen Bulbus, der aber etwas pinselförmig zerfasert ist. Die ganze Anschwellung besteht aus konzentrischen Hornblättchen.

Es wurde ein kleines Hautstückchen exzidiert, in Alkohol fixiert, in Paraffin eingeschlossen, in Serien geschnitten und mit RANVIERschem Pikrokarmin, polychromem Blau und Safranin gefärbt. Die Epidermis ist vollständig normal, und läfst sich in derselben kaum ein leichter Grad

von Hyperkeratose konstatieren, die sich an einer Verdickung der abschuppenden Schicht erkennen läfst. Die Körnerschicht ist gesund, ebenso die übrige Epidermis und die Cutis. Die sichtbaren Knäueldrüsen sind normal. Alle Haarfollikel sind verändert, und zwar alle in derselben Weise. Sie sind erweitert und mit konzentrischen, um das zentrale Härchen angesammelten Hornblättchen ausgefüllt. Die Follikelscheide besteht aus Zellen, welche die Fortsetzung der Schleimschicht bilden und deren ursprünglichen Charakter sie beibehalten haben. Das Eleidin, das in der Epidermis gut sichtbar ist, reicht nicht über den Follikelhals hinaus; der Verhornungsprozefs geht also bereits vor dem Erscheinen des Eleidins sehr lebhaft vor sich. Die Dicke dieser Schleimschichtscheide nimmt gegen die Tiefe der Cutis immer mehr zu. Die Basalschicht verliert die regelmäfsige zylindrische Gestalt ihrer Elemente vollständig. Es war mir leider nicht möglich auf alle erwünschten Einzelheiten einzugehen, weil die Untersuchung eine oberflächliche war, und die Follikel eine zur Hautoberfläche schiefe Richtung zeigten. Doch erkennt man sehr deutlich, dafs überall ein zentrales Härchen vorhanden ist und aufserdem, dafs daneben ein zweites exzentrisches besteht, das seitlich im Follikel entstanden ist, so dafs einzelne Follikel bifid zu sein scheinen. Die Hornblättchen lassen sich bis tief in den Follikel hinein verfolgen. In einem Präparate war das exzentrische Härchen bereits an seinem Austrittspunkte von zwei oder drei verdünnten, blättchenartigen Zellenschichten umgeben, die verkleinerte und abgeplattete Kerne enthielten.

Die ganze Masse der Hornblättchen, welche den Follikel erweitert und ausfüllt, setzt sich zusammen aus dünnen, dichten, vollständig verhornten Lamellen. In den äufsersten Schichten konstatiert man jedoch zahlreiche zerfallene Kerne, so dafs sie ein parakeratotisches Aussehen gewähren.

Im benachbarten Bindegewebe lassen sich keine entzündlichen Prozesse entdecken. Zuweilen sieht man neben dem mit seinem Härchen und circumpilären Hörnchen ausgestatteten Follikel Epithelzapfen, die sich tief einsenken.

Spuren von Drüsen oder selbst Haarbälge habe ich nirgends finden können.

Eine Behandlung mit Teer- und Pyrogallolsalben führte nach einem Monat zur Heilung. Diese Salben hatten zuerst den follikulären Erhabenheiten eine schwarze Färbung verliehen, so dafs der Hals ein bärtiges Aussehen erhalten hatte.

Angesichts des mikroskopischen Befundes und des Vorhandenseins von follikulären Körnchen mufs es sich offenbar um eine eigentümliche Varietät von Keratosis pilaris handeln. In diesem Falle aber bildeten die hyperkeratotischen Schichten eine Scheide um das zentrale Härchen

herum, statt, wie dies sonst vorkommt, den Follikel auszufüllen und in Härchen einzuschliefsen. Es fällt mir schwer, für diese Anomalie eine Erklärung zu geben. Vielleicht liegt der Grund hiervon in dem Umstande, dafs sich die Läsionen auf einer unbedeckten Körperfläche entwickelt haben oder auch im Alter des Patienten. Merkwürdig ist auch, wie rasch die Affektion abheilte.

Ich glaube nicht, dafs diese Varietät von Keratosis pilaris bisher beschrieben worden ist. Soviel ist sicher, dafs ich sie niemals beobachtet oder irgendwo angeführt gefunden habe.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Literatur.

GAUJA, *Thèse de Paris.* 1894.

VEYRIÈRES, Art. „Keratose pilaire" in *Pratique dermatologique.* Bd. II, S. 361.

GIOVANNINI, Zur Histologie der Keratosis pilaris. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 62, Heft 2 und 3.

UNNA, Histopathologie. S. 292.

Aus der dermosyphilopathischen Klinik der k. Universität in Parma, geleitet von Prof. V. MIBELLI.

Über einige neue Färbungsmethoden mit Anwendung der ZENKERschen Fixierungsflüssigkeit in der histologischen Technik der Haut.

Von

Dr. MARIO PELAGATTI,
Hilfsarzt und Privatdozent.

Schon von den ersten Tagen an, wo ich von meinem verehrten Lehrer, Herrn Prof. MIBELLI, in das Studium der mikroskopischen Untersuchungen der Haut im normalen und pathologischen Zustande eingeführt wurde, habe ich bei den histologischen Forschungen gewöhnlich vorzugsweise die Technik des Herrn Dr. UNNA benutzt, welche nach meinem Dafürhalten, was die Haut betrifft, allen anderen überlegen ist. Wie bekannt, ist zur Erlangung einer guten Präparation nicht nur eine Fixation nötig, welche soviel wie irgend möglich den Gewebeelementen die Eigenschaften bewahrt, die sie im lebenden Zustande auszeichneten, sondern es ist auch nötig, dafs das Fixierungsmittel die Färbbarkeit des das Gewebe bildenden Stoffes weder beschränkt noch verändert. Nun

besitzt der absolute Alkohol, welcher das obligatorische Fixierungsmittel der UNNAschen Technik ist, diese letztere Eigenschaft im höchsten Grade; denn da er der chemischen Zusammensetzung des Gewebes kein neues Element zuführt, so gestattet er die Anwendung jedweder Färbesubstanz, was für die in Chrom-Pikrin-Osmiumsäure u. a. fixierten Gewebe nicht möglich ist, da hierbei das Fixierungsmittel zugleich als Beize wirkt. Unter den Färbesubstanzen, welche man mit Alkohol verwenden kann, ist die polychrome Methylenblaulösung, bislang der allen anderen überlegene Farbstoff, um die beiden Grundsubstanzen des Protoplasmas hervorzuheben, nämlich das Spongioplasma und das Granoplasma; zugleich steht diese Lösung den anderen sogenannten Kernfarben nicht nach in der Färbung des kernigen Teiles der Zellsubstanz. Die Anwendung der polychromen Lösung stellt sich auch dem gleichzeitigen Färben des Kollagens und des Elastins mit anderen Farbstoffen nicht entgegen; ja, man kann fast behaupten, dafs die schönsten sogen. Kontrastfärbungen erlangt werden, wenn man die UNNAsche Technik befolgt. Wenn jedoch der absolute Alkohol, was die Färbbarkeit des Gewebes betrifft, allen Anforderungen entspricht, so kann man nicht dasselbe sagen für ein anderes höchst wichtiges Erfordernis, nämlich die unveränderte Erhaltung der Gewebebestandteile in der Form, welche sie im Leben hatte. Es wird allgemein angenommen, dafs der absolute Alkohol die Elemente so schnell koaguliert, dafs sie in ihrer Form fixiert werden, ehe die entwässernde Wirkung sie umformt; bei längerer Praxis mit diesem Fixierungsmittel überzeugt man sich jedoch schliefslich, dafs dem nicht so ist, denn man kann nicht umhin, zu bemerken, dafs die Präparate schrumpfig werden, mehr oder weniger, je nach den Gewebebestandteilen; bei den Blut- und Lymphgefäfsen, sowie bei den Knäueldrüsen ist dies so ausgesprochen, dafs die ursprüngliche Form stark verändert erscheint und so das Beobachten der feineren Einzelheiten des Baues hindert. Um nun diesem Übelstande abzuhelfen, der uns verhinderte, gewisse feine Eigentümlichkeiten des Baues von in Untersuchung genommenen Geweben und ihre etwaigen pathologischen Veränderungen gehörig zu bestimmen, sind in dem zu der hiesigen Klinik gehörigem Laboratorium Untersuchungen vorgenommen worden, um womöglich eine Färbemethode zu finden, die in Güte der UNNAschen Technik nahe käme, und die anwendbar wäre auf die in den unter dem Namen Fixierflüssigkeiten bekannten wässerigen Säure- und Salzlösungen fixierten Geweben. Diese Fixierflüssigkeiten haben die Eigenschaft, die Struktur intakt, wie im lebenden Zustande, zu erhalten, aber sie erschweren die Färbbarkeit des Gewebes seitens vieler Farbstoffe.

Ich halte es für überflüssig, hier über die vielen vorgenommenen Versuche zu berichten, ich beschränke mich darauf, nur die Methoden anzuführen, die in irgendwelcher Weise dem Ziele entsprochen haben.

Normale wie pathologische Gewebe wurden meistens in den bis jetzt

bekannten Fixierflüssigkeiten fixiert und dann die Schnitte der Wirkung verschiedener Farbsubstanzen unterworfen. Von Anfang an erwies sich von allen diesen Fixierflüssigkeiten für den uns vorgesteckten Zweck die ZENKERsche Mischung als die allen anderen vorzuziehende, was uns zuletzt bewog unsere Versuche an ausschliefslich in dieser Mischung fixierten Geweben fortzusetzen. Aus der Gesamtheit meiner Untersuchungen habe ich mir die Meinung gebildet, dafs, soweit es die Haut betrifft, die ZENKERsche Mischung das beste Fixiermittel und jedem anderen vorzuziehen ist, wenn man nicht besondere Untersuchnngen im Auge hat. Dr. UNNA hat in seiner Arbeit über die Färbung des Bindegewebes die ZENKERsche Mischung nicht mit unter den von ihm experimentierten Fixiermitteln genannt; er ist der Meinung, dafs man aus der Wirkung des ätzenden Quecksilbersublimats und der der MÜLLERschen Flüssigkeit leicht auf die der ZENKERschen schliefsen kann. Mir scheint, dafs die Sache sich nicht ganz so verhält, denn die ZENKERsche Flüssigkeit hat als Fixiermittel die Vorteile der doppeltchromsauren Kalilösungen und des ätzenden Quecksilbersublimats und vereint und modifiziert aufserdem die besonderen Eigenschaften der beiden Substanzen, so dafs ein in ZENKERscher Mischung fixiertes Hautpräparat anders und bei weitem besser ist, als ein solches von demselben Gewebe, aber gesondert in MÜLLERscher Flüssigkeit und in Quecksilbersublimat fixiert, und das besonders in betreff der Färbbarkeit und der Konservierung der feinsten anatomischen Einzelheiten.

Die Methoden, welche die besten Resultate ergeben haben, sind die folgenden:

I. Polychrom. Methylenblau. 24 Stunden.
Wasser.
Biebricher Scharlach (1 g in einer 5%igen Tanninlösung). 5 Minuten.
Wasser, Alkohol, Öl, Balsam.
Kerne blau; Protoplasma rosa; Kollagen rot; Muskelfasern violett.

II. Hämatoxylin DELAFIELD (sehr verdünnt mit Wasser). 24 Stunden.
Wasser.
Erythrosin (1 g in 5%iger Tanninlösung). 10 Minuten.
Wasser, Alkohol, Öl, Balsam.
Kerne braun; Protoplasma hellrosa; rote Blutkörperchen rosa; Kollagen dunkelrosa.

III. Hämatein UNNA. 6—12 Stunden.
Wasser.
Mit Lithiumcarbonat gesättigte wässerige Lösung. Wenige Sekunden.
Wasser.
Wasserblau (1 g in 5%iger Tanninlösung). 2—5 Minuten.
Wasser.
Helianthin (1 g in 5%iger Tanninsäurelösung). 5—10 Minuten.
Wasser, Alkohol, Öl, Balsam.
Kerne braun; Protoplasma hellgelb; Kollagen braungelb; Muskelfasern grün Erythrocyten rot.

IV. Hämatein Unna. 6—12 Stunden.
Wasser.
Gesättigte wässerige Lösung von Lithiumcarbonat. Wenige Sekunden.
Wasser.
Crocein (1 g in einer 5%igen Tanninsäurelösung). 5 Minuten.
Wasser, Alkohol, Öl, Balsam.
Kerne braun; Protoplasma altrosa; Kollagen ziegelrot; Muskeln tiefrot.

V. Hämatein Unna. 12—24 Stunden.
Wasser.
Mit Lithiumcarbonat gesättigte wässerige Lösung. Wenige Sekunden.
Wasser.
Biebricher Scharlach (1 g in einer 10%igen Tanninlösung). 5 Minuten.
Wasser, Alkohol, Öl, Balsam.
Kerne braun; Protoplasma rosa; Kollagen rosa; Muskelfasern kastanienbraun.

VI. Hamatein Unna. — 12 Stunden.
Wasser.
Mit Lithiumcarbonat gesättigte wässerige Lösung. Wenige Sekunden.
Wasser.
Bengalrosa (2 g in 5%iger Tanninsäurelösung). 10 Minuten.
Wasser, Alkohol, Öl, Balsam.
Kerne dunkelblau; Protoplasma ziegelrot; Kollagen hellkastanienbraun Muskelfasern dunkelkastanienbraun.

VII. Hämatein Unna. 12 Stunden.
Wasser.
Mit Lithiumcarbonat gesättigte wässerige Lösung. Wenige Sekunden.
Wasser.
Benzopurpurin (1 g in einer 5%igen Tanninlösung). 10—20 Minuten.
Wasser, Alkohol, Öl, Balsam.
Kerne braun; Protoplasma rosa; Kollagen orangegelb; Muskelfasern violettrot.

VIII. Polychrom. Methylblau. 12 Stunden.
Wasser.
Phloxinrot (1 g in einer 5%igen Tanninlösung).
Wasser, Alkohol, Öl, Balsam.
Kerne blau; Protoplasma hellrosa; Kollagen grellrosa; Erythrocyten rot.

Die Anwendung der oben beschriebenen Färbungsmethoden ist nicht auf in Zenkerscher Mischung fixiertes Gewebe beschränkt; sie können mit leichten, je nach den Fällen bemessenen Modifikationen, auch bei in anderer Art (Alkohol, Sublimat, Formol, Pikrinsäure, Flemming) fixierten Geweben gebraucht werden. Auch für die in Zenkerscher Mischung gemachten Fixierungen können Modifikationen der obengenannten Methoden vorgenommen werden; so besonders der Methoden IV, V, VI, VII, wo an die Stelle des Hämateins Hämatoxylin, polychrom. Methylenblaulösung, Thionin treten kann; — diese Modifikationen ergeben nur eine Veränderung des Farbentons. Gleichfalls kann der Gehalt der Tanninlösung, in welcher die Färbesubstanz aufgelöst wird, und die besonders auf das Kollagen einwirkt, je nach den Umständen, ohne Schaden modifiziert werden. Ich sage, man kann den Gehalt verändern; doch darf man denselben nicht sehr ver-

mehren, weil man Gefahr läuft, einen Teil der aufgelösten Farbsubstanz (Helianthin, Crocein, Erythrosin, Scharlach u. s. f.) zur Fällung zu bringen; — wenn man eine gute Färbung des Kollagens zu erzielen wünscht, kann man die Fällung auch nicht gänzlich vermeiden, und das wegen der Neigung, die der Substanz der Kollagenbündel innewohnt, sich mit dem Tannin zu verbinden; die Tanninlösung wirkt demnach fast wie ein Beimittel auf die Farbsubstanz, welche sie löst. Für die Färbung des Kollagens sind diese Methoden wenn nicht besser, so doch sicherlich ebenso gut, wie die bis jetzt zu diesem Zwecke vorgeschlagenen. Für das Studium der feinen Struktur der Kollagenbündel eignen sich besonders gut die Methoden II, IV, V, VI; der Faserbau dieser Bündel, sowohl im normalen wie im pathologischen Zustande, tritt klar hervor. Zur Differenzierung des Protoplasmafortsatzes der Kollagensubstanz sind auch ganz besonders die Methoden I, II, V, VI zu empfehlen. Diese Methoden bilden auch kein Hindernis für die gleichzeitige Färbung der elastischen Fibern mit Orceinsäure, vorausgesetzt, dafs die Orceinfärbung vorher vorgenommen wird. Ich füge überdies noch hinzu, dafs die Methoden III und IV (vorausgesetzt, dafs sie auf in Zenkerscher Mischung oder in Formol fixiertes Gewebe angewendet werden) sich für das Studium der Epithelienfäserchen eignen, da sie dieselben klar hervorheben in eben dem Mafse, wie die besondern, für diesen Zweck vorgeschlagenen Methoden.

Über das gehäufte Auftreten von Talgdrüsen an der Innenfläche des Präputium.

Vorläufige Mitteilung.

Von

Dr. Ernst Delbanco-Hamburg.

Bei Leuten im mittleren Lebensalter mit reichlich Smegma liefernder und gereizter Vorhaut gewahrt man durchaus nicht selten an der Innenfläche der Vorhaut eine Menge feiner gelber Körner, deren mikroskopische Untersuchung die ohne weiteres aus dem klinischen Bilde abzuleitende Diagnose bestätigt. Es handelt sich um zahlreiche freie Talgdrüsen. Man bekommt die gelbe Körnelung an der Innenfläche des Präputium am besten zu Gesicht, wenn man das Präputium straff zurückgezogen und die Innenfläche gereinigt hat. Die gehäuften Talgdrüsen umrahmen nach meiner Erfahrung gewöhnlich das Frenulum; in unmittelbarer Nachbarschaft des Frenulum liegen sie dichtgedrängt.

um sich allmählich in die Umgebung zu verlieren. Die gelben Körner erinnern lebhaft an das entsprechende Bild der Mundschleimhaut. Bezüglich der feineren Einzelheiten des klinischen Bildes verweise ich daher im Rahmen der vorläufigen Mitteilung auf meine damalige Arbeit über die Talgdrüsen der Mundschleimhaut (*diese Zeitschr.* 1899). Seit drei Jahren beschäftigt mich die gelbe Körnelung an der Innenfläche des Präputium. Es wundert mich, dafs das — wie schon erwähnt — durchaus nicht seltene Phänomen von anderer Seite noch nicht beschrieben worden ist. In welchem Lebensalter, unter welchen Bedingungen die Talgdrüsen an dieser Stelle am ehesten beobachtet werden, ob immer ein Reizzustand die Voraussetzung bildet, zu welchen weiteren biologischen Schlüssen die interessanten histologischen Bilder führen, diese und andere Fragen soll die bald erscheinende ausführlichere Veröffentlichung zum Mittelpunkt haben.

Von dem hier zur Diskussion gestellten Bilde trenne ich die reihenweise an der Corona glandis angeordneten weifslich-gelben kleinen Hervorragungen, die jedem Urologen geläufig auch in meiner angezogenen Abhandlung berücksichtigt wurden. Anatomische Untersuchungen haben mich in Übereinstimmnng mit anderen Autoren inzwischen den vermeintlichen Talgdrüsencharakter ablehnen lassen.

Die anatomisch-biologische Bedeutung des gehäuften Auftretens freier Talgdrüsen an der Innenfläche des Präputium geht am klarsten hervor aus den Ergebnissen, zu welchen hervorragende Anatomen — Stieda, Waldeyer, Eberth — auf Grund ihrer neuesten Untersuchungen über die an dieser Stelle viel diskutierten Gebilde gelangt sind.

Stieda (*Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol.* 1902. Bd. IV, Heft 3): „An der Oberfläche der Glans penis und an der Innenfläche des Präputium finden sich bei vielen erwachsenen Individuen einzelne freie Talgdrüsen, jedoch nur wenige."

„1. Die vermeintlichen sogenannten Tysonschen Drüsen der Corona glandis sind keine Drüsen, sondern sind Papillen — die Coronalpapillen der Glans penis.

2. Es finden sich aber unzweifelhaft, sowohl an der Oberfläche der Glans selber als an dem inneren Blatt des Präputium freie Talgdrüsen — allein wohlgemerkt, die Talgdrüsen sind sehr klein und ihr Vorkommen ist unbeständig; bei jugendlichen Individuen fehlen sie stets. Wahrscheinlich treten sie erst in der Pubertätszeit auf."

Waldeyer (Das Becken, Bonn 1899) auf Grund von Untersuchungen Saalfelds in seinem Institut: „Es finden sich kleine mit drei bis vier Endkammern versehene Talgdrüsen auf der Eichelhaut, an der Corona glandis, sowie am inneren Präputialblatt, jedoch überall nur zerstreut und sparsam. Sprunk und Stieda haben aber insofern Recht, als besonders zu benennende zahlreiche und gröfsere Talgdrüsen in der Eichel-

krone und im Präputium nicht vorkommen. Die Namen Glandulae praeputiales und Tysonsche Drüsen sind daher entbehrlich."

Im Anschluſs an Waldeyers Arbeiten bestätigt Eberth (*Münch. med. Wochenschr.*, 1901, S. 316) das Vorkommen sehr spärlicher präputialer Talgdrüsen. „Die präputialen Talgdrüsen — und andere kommen beim Menschen nicht vor — sind beschränkt auf eine ganz schmale, 1—2 mm breite Zone unterhalb der Übergangsstelle des äuſseren Präputialblattes und des inneren. In diesem Bezirk mögen im ganzen drei bis sechs kleine Talgdrüsen vorkommen; die übrigen dem Präputialsaum angehörigen Teile, Glans, Corona und Collum glandis, Frenulum, Fossa navicularis und das innere Vorhautblatt mit Ausnahme des oben erwähnten Bezirkes besitzen keine Talgdrüsen."

Die von mir beobachtete gelbe Körnelung an der Innenfläche des Präputium setzt Hunderte von Talgdrüsen voraus.

Durch meine Beobachtung wird die ältere Angabe v. Köllikers (Handbuch der Gewebelehre, 1889), welche durch die Arbeiten von Stieda, Waldeyer-Saaafeld, Eberth-Müller widerlegt zu sein schien, für die Innenfläche des Präputium glänzend bestätigt. Der Altmeister anatomischer Forschung schrieb über die Talgdrüsen an der Glans penis und dem inneren Blatte des Präputium, daſs sie hier sehr unbeständig sind und sich bald nur in höchst geringer Anzahl (zwei bis zehn), bald in groſser Menge, selbst zu hunderten finden. — „Bezüglich auf den Sitz dieser Drüsen bemerke ich, daſs ich dieselben, 10—50 und darüber an Zahl, an der Vorhaut (innerem Blatt), besonders in der Gegend des Frenulum und ihres vorderen Teiles nie vermisse, während sie an der Glans selbst und ihrem Halse bald vollkommen mangeln, bald, und dann meist in gröſserer Zahl bis auf 100, besonders an ihrer vorderen Fläche vorkommen. —"

Daſs v. Kölliker die hier vorkommenden freien Talgdrüsen mit den Tysonschen Drüsen identifiziert hat, ist für die prinzipielle Frage belanglos.

Hamburg, im März 1903.

Casein-Albumoseseife.
(Eine neutrale und auch beim Gebrauche neutral bleibende Seife.)

Von

Dr. Ernst Delbanco-Hamburg.

Vor sieben Monaten wurde ich von der Firma Paul Horn, Chemische Fabrik, Hamburg, veranlafst, mich für eine Idee zu interessieren, deren Güte mir sofort einleuchtete. Es handelte sich um die Herstellung einer neutralen und — was bisher noch nicht geglückt war — auch bei der Hydrolyse neutral bleibenden Seife. Der neutrale Charakter wird durch den Zusatz eines Lactalbumosen-Präparates zum Seifengemisch gewährleistet.

Die Offenheit, mit welcher mir seitens der Firma begegnet wurde, der rein wissenschaftliche Charakter der Untersuchungen, das Verständnis, welches sie meinen weiteren ärztlichen Forderungen entgegenbrachte, liefsen mich dieser Idee um so lieber näher treten, als es sich bei dem Lactalbumosen-Präparat um ein Derivat des Caseins handelt, welch letzteres von Unna in die Dermatotherapie eingeführt worden ist. Es war mir erfreulich, dafs die Firma Paul Horn meine prinzipielle Voraussetzung, dafs Unnas Standpunkt in bezug auf die Herstellung eines einwandfreien Seifenkörpers durchaus richtig sei, anerkannte.

Als Fett verlangt Unna besten Rindstalg, um Fette unbestimmter Herkunft auszuschliefsen. Kokosnufsöl, welches wegen seines starken Schäumens fast allen Toiletteseifen zugesetzt wird, mufs ganz ausgeschlossen werden, weil es beim längeren Gebrauche die Haut reizt und spröde macht. Als Alkali verlangt Unna frisch bereitete Natron- und Kalilauge. Die Menge derselben wird so gewählt, dafs die verseifte Masse absolut neutral reagiert. Das Alkaligemisch enthält auf zwei Teile Natron einen Teil Kali. Die Natron-Kaliseife, welche überdies fest ist im Gegensatze zu reiner Kaliseife, ist in dem Mafse wirksamer als eine reine Natronseife „in welchem Hornschicht sich leichter in Kali als in Natron löst". Worauf aber Unna das Hauptgewicht legt, ist, dafs die Seife überfettet wird, d. h. eine gewisse Quantität, durchschnittlich 3—4 %, freien Fettes dem Seifengemisch zugesetzt erhält. Durch die Überfettung soll die bei dem Gebrauche jeder Seife notwendig eintretende Fettentziehung, welche eine unangenehme Trockenheit mit nachfolgender Abschuppung zur Folge hat, ausgeglichen werden. Als Überfett wählte Unna schliefslich das reine Olivenöl (auf acht Teile Talg ein Teil Olivenöl), um die Eigenschaft

des Schäumens, welche durch jeden Zusatz freien Fettes leidet, nicht übermäfsig zu schädigen. Im übrigen besteht UNNA auf einer möglichst vollkommenen, mehrfachen Aussalzung der Seife und einer möglichst vollständigen Entfernung der Unterlauge. Einen sekundären Zusatz von Glycerin oder Vaselin verwirft UNNA grundsätzlich als völlig unnötig. Ein leichtes Parfümieren der Seife ist wegen des Fettgeruches gestattet. UNNAS überfettete Grundseife setzt sich nach den angesetzten Prinzipien wie folgt zusammen:

	16 Teile	*bester Rindstalg*	59,3 %
	2 „	*Olivenöl*	7,4 %
BEAUMÉ:	6 „	*Natronlauge*	22,3 %
	3 „	*Kalilauge*	11,1 %

In dieser Seifenmasse bleiben nach UNNA 3—4 % Öl frei und unverseift. Die Seife ist gelblichweifs, von Wachskonsistenz, durchaus beständig. Dieses von UNNA als Grund- oder Basisseife bezeichnete Präparat ist wegen seiner reizlosen Eigenschaften in den weiteren Kreisen des Publikums auch als Kinderseife bekannt geworden.

Die Firma PAUL HORN hatte es sich nun zur Aufgabe gestellt, eine wirklich neutrale, d. h. auch bei der Hydrolyse kein freies Alkali abspaltende Seife herzustellen. Die Lösung dieser Aufgabe gelang auf Grund mehrjähriger eingehender Beschäftigung mit den chemischen und biologischen Eigenschaften des Caseins. Durch eine Reihe von Versuchen wurde festgestellt, dafs die aus Casein gewonnene Lactalbumose in neutraler Lösung ein ausgezeichnetes Mittel ist, um jede, selbst stark alkalische Seifenlösung vollständig zu neutralisieren, also das vorkommende oder das sich event. bei der Hydrolyse ergebende freie Alkali zu binden.

Das von der Firma PAUL HORN hergestellte Albumosepräparat, welches ein Derivat des Caseins ist, hat einen bedeutend ausgeprägteren Säurecharakter als das Casein selbst und ist als Natriumsalz bei der Hydrolyse viel beständiger als das gewöhnliche Casein-Natrium.

Der Gebrauch eines Caseinpräparates ist Zwang. Casein ist ein ausschliefslich als Säure zu betrachtender Eiweifskörper und von solchen Eiweifskörpern existiert neben dem Casein nur noch das schwer erhältliche Myosin.

Der Zerfall der Eiweifse in Albumosen und Peptone ist bis jetzt nicht genügend aufgeklärt, doch wird im allgemeinen eine Analogie zwischen den Eiweifskörpern und den Kohlehydraten (nach COHNHEIM) in der Art angenommen, dafs die nativen Eiweifse den hochmolekularen Polysachariden, der Stärke, der Zellulose und dem Glykogen entsprechen, und dafs der Zerfall der Eiweifse in Albumosen und Peptone dem der Kohlehydrate in Dextrin und endlich Di- und Monosaccharide gleichzustellen ist.

Als die ersten Spaltungsprodukte des Eiweifses sind die Albumosen und Peptone anzusehen. Es sind dies Verbindungen, die noch die chemische Struktur des Eiweifses besitzen, denn sie geben noch zum grofsen Teil die Farbenreaktionen der Eiweifskörper, welche, wie bekannt, auf ganz bestimmten Molekulargruppen im Eiweifsmolekül beruhen.

Die Albumosen können (was in der Seifentechnik von grofser Bedeutung ist) nicht mehr koaguliert werden, und ihr Verhalten zu ausfällenden Salzen ist ein anderes als das der nativen Eiweifskörper.

Wie vorhin bemerkt, hat die Casein-Albumose einen noch ausgeprägteren Säurecharakter als das Casein als solches. Die Eigenschaft der erwähnten Casein-Albumose, das bei der Seifenhydrolyse frei werdende Alkali zu binden, beruht einfach auf der Bildung von Natronsalzen der Albumosensäuren, welche nach LUGARSKY und LIEBERMANN einen sehr hohen Natrongehalt haben.

Die Casein-Albumose wird von der Firma PAUL HORN hergestellt. Sie ist in alkoholischer Lösung vollkommen klar, enthält weder freie Säuren, noch freies Alkali und ist unbeschränkt haltbar. Um das Alkalibindevermögen der Casein-Albumose klarzulegen, sollen hier einige Versuche angegeben werden.

1. Versuch: Gewöhnliche, stark alkalisch reagierende Schmierseife wird in Spiritus gelöst, und dieser Lösung werden als Indikator einige Tropfen Phenolphtalein zugesetzt. Eine stark alkalische Reaktion tritt hervor, welche sich durch eine intensive Rotfärbung bemerkbar macht. Setzt man nun von dem vorerwähnten Caseinpräparat ein entsprechendes Quantum hinzu, so verschwindet die Rotfärbung vollständig, trotzdem die Seifen-Lactalbumosenlösung immer noch für Lackmus alkalisch reagiert, ein Beweis, dafs das Alkali durch das Caseinpräparat vollkommen gebunden wird.

2. Versuch: Dieselbe stark alkalisch reagierende Schmierseife wird, anstatt in Spiritus, in Wasser gelöst und sonst genau verfahren wie bei Versuch 1. Es ist hierbei nur der Zusatz einer etwas gröfseren Menge des Lactalbumosenpräparates notwendig, um auch hier eine vollkommene Neutralisation herbeizuführen. Dieser Mehrzusatz war aus dem einfachen Grunde nötig, um nicht nur das in der Schmierseife im Überschufs vorhandene Alkali zu binden, sondern auch das, wie bekannt, bei der Hydrolyse frei werdende Alkali.

3. Versuch: Es wird ein Waschwasser mit stark alkalisch reagierender Seifenlösung hergestellt. Auch dieses wird durch Zusatz des erwähnten Präparates völlig neutralisiert.

Diese vorerwähnten Versuche sind jederzeit leicht anzustellen. Aus ihnen erklärt sich die neue und interessante Tatsache, dafs eine neutrale Casein-Albumoselösung so stark Alkali bindet, dafs auch das bei der Hydrolyse frei werdende Alkali gebunden wird.

Die im Vakuum eingedampfte und nach Bedürfnis konzentrierte, in spirituöse Lösung gebrachte Casein-Albumose wird bei dem Verseifungsprozefs dem Seifengut hinzugefügt. Es ist auf diese Weise möglich, der Seife bis zu 50 % Casein-Albumose hinzuzusetzen; da die neutrale Casein-Albumosenlösung sich sehr gut mit Fett verträgt, so steht auch der Herstellung überfetteter Albumoseseifen, worauf ich grofses Gewicht lege, nichts entgegen. Unter Festhalten der von UNNA an eine medizinische Seife gestellten Forderungen wird bei der Fabrikation der neutralen überfetteten Albumoseseifen folgendes beachtet:

Zur Verwendung gelangen reiner Rindstalg und Olivenöl, die Verseifung geht vor sich mit einem Gemisch von Natron- und Kalilauge von 12—15 Grad Beaumé. Der niedrige Gehalt wird aus dem Grunde gewählt, weil bei der Verwendung von 38%igen Laugen eine vollkommene Aussalzung bei der Herstellung gesottener Kernseifen nicht möglich ist. Zum Aussalzen der gesottenen Kernseife wird Chlorkalium verwandt. Ein Aussalzen mit Chlornatrium ist nicht angängig, weil die vorausgegangene Verseifung mit Kalilauge dadurch wirkungslos gemacht würde. Das Chlorkalium schliefst eine Umsetzung aus, so dafs die beabsichtigte Wirkung des Kaligehaltes in der Seife nicht beeinträchtigt wird. Der so hergestellten Natron-Kali-Kernseife wird dann die Casein-Albumose einverleibt und nach eingetretener absolut neutraler Reaktion bis zu 7% überfettet.

Die theoretischen Vorzüge einer so hergestellten neutralen überfetteten Casein-Albumoseseife sind, um es noch einmal zu wiederholen, 1. dafs die Seife als solche neutral ist; 2. dafs auch das bei der Hydrolyse frei werdende Alkali gebunden wird, und dafs das sonst alkalisch reagierende Waschwasser hier neutral bleibt; 3. dafs der Gehalt an Überfett die UNNAsche Forderung an eine einwandfreie medizinische Seife erfüllt, indem das durch die Seife der Haut entzogene Fett ihr wieder zugeführt resp. das Hautfett vor der Entziehung geschützt wird; 4. dafs die Casein-Albumose ein vorzüglicher Schaumbilder ist, so dafs der allgemeine Nachteil der überfetteten Seifen, die erschwerte Schaumbildung, wegfällt; 5. dafs die Schaumbildung in kaltem Wasser ebensogut wie in warmem Wasser stattfindet. Der Casein-Albumosezusatz trägt überdies dazu bei, die Konsistenz der Seife zu erhöhen.

Zu Punkt 4 und 5 bemerke ich hier, dafs die bei der Casein-Albumoseseife vorliegende Schaumbildung etwas anderes darstellt als der gewöhnliche Seifenschaum. Der massige, crêmeartige Casein-Albumoseschaum ist zu einem grofsen Teil nichts anderes als geschlagenes Eiweifs.

Ich erwähne hier nebenbei, dafs bei der Herstellung der Casein-Albumoseseife das Kokosnufsöl ausgeschaltet ist. Der hohe Gehalt von Fettsäuren verbietet seine Verwendung; aufserdem macht es bei längerem Gebrauche, was UNNA schon betont hat, die Haut spröde.

Das Casein als solches wirkt auf die Hornschicht erweichend. A priori möchte ich solches auch für die Casein-Albumose in Anspruch nehmen.

Die Tatsache, dafs die Casein-Albumoseseife eine grofse Überfettung verträgt, schliefst einen weiteren Vorzug überfetteter Seifen im allgemeinen ein, der darin besteht, „dafs manche Medikamente wie Säuren (Salicylsäure) und leicht zersetzliche Salze (Sublimat), welche sich schwer in gewöhnlichen neutralen Seifen halten lassen, in den mit Fett versetzten Seifen besser zu konservieren sind und sich deshalb auch in gröfseren Mengen beimischen lassen. In den gewöhnlichen, freies Alkali enthaltenden Seifen sind viele Medikamente gar nicht unzersetzt zu erhalten."

Diese Worte, aus Unnas bekanntem Aufsatz zitiert, verbürgen schon, dafs die neutrale überfettete Casein-Albumoseseife demjenigen, welcher an die medizinische Seifentherapie glaubt, ein ergiebiges Arbeitsfeld eröffnet. Da nämlich das von Unna eingeführte Ungt. Caseïni, ein vorzüglicher wasserlöslicher Firnis, der längst sein Bürgerrecht in der Dermatotherapie gewonnen hat, aus Casein, Alkalien, Glycerin, Vaselin, Antiseptika und Wasser bestehend, die Einverleibung wichtiger Medikamente, vor allem des Teers und der Balsame, gestattet, so dürfte die Casein-Albumoseseife auch zur Herstellung mancher medizinischer Seifen sehr geeignet sein. Viel verspreche ich mir von den in die Hand der Schwanapotheke[1] gelegten Versuchen, eine rationelle flüssige Casein-Albumoseseife zu schaffen, und von dem Bestreben meines Freundes Dr. Dependorf, Vertreters der Zahnheilkunde an der Universität Jena, mit Hilfe dieses Präparates endlich eine angenehme, weil neutrale, Zahnseife zu gewinnen.

Die flüssige Casein-Albumoseseife erhält auch eine Überfettung von mindestens 5—6 %. Die Überfettung ist eine konstante, da das überschüssige Olivenöl dem Seifengut nach eingetretener absolut neutraler Reaktion zugesetzt wird.

Meine bisherigen praktischen Erfahrungen mit der neutralen überfetteten Casein-Albumoseseife sind durchweg gute. Selbst die reizbarste Haut empfindet die crêmeartige Schaumbildung als höchst angenehm. Wichtig erscheint es mir, dafs Ekzematiker, die ohne Fetteinreibungen ihrer Hautdecke kaum noch leben können, daher gegen Seifen eine besondere Empfindlichkeit zeigen, diese Seife anstandslos vertragen.

So hoffe ich, dafs neben der überfetteten Basisseife, deren Vorzüge bereits anerkannt sind, die neutrale überfettete Casein-Albumoseseife als eine wertvolle Bereicherung der hygienischen Hautpflege sich einbürgern

---

[1] Anm. Herrn Apotheker Lewy danke ich für sein bei den Untersuchungen betätigtes Interesse.

wird. Die theoretische Seite der Casein-Albumoseseife ist sicherlich so interessant und anregend, dafs ich keinen Zweifel hege, dafs meine Fachkollegen derselben ihre Aufmerksamkeit schenken werden, wie denn auch zu meiner Befriedigung Herr Dr. UNNA bei dieser Empfehlung mir zur Seite steht.

Ich will diesen Artikel nicht schliefsen, ohne zu bemerken, dafs sogenannte Eiweifsseifen schon existieren, und zwar sind von solchen drei verschiedene beschrieben worden. Zwei davon beruhen auf einem Verfahren, nach welchem dem Seifengut mit Formaldehyd behandeltes Hühnereiweifs (auch Eigelb) mechanisch beigemischt wird, und bei dem dritten Verfahren wird Hühnereiweifs mit Alkohol behandelt, mit Vaselin oder Lanolin usw. emulgiert und schliefslich in dieser Salbenform dem Seifengut zugesetzt.

Ohne die genannten Verfahren kritisieren zu wollen, soll nur darauf hingewiesen werden: 1. dafs Hühnereiweifs schon bei 60—70 Grad C. koaguliert, also denaturiert wird und dann wasserunlöslich ist; 2. dafs Hühnereiweifs schon als solches alkalisch reagiert, also schon ein Salz ist (siehe Dr. RÖTTGERS Nahrungsmittel-Chemie); (Die Mineralbestandteile des Eiweifses bestehen nach POLICK und R. WEBER in HOPPE-SEILERS physiol. Chemie aus: 27,6—31,4% Kali, 23,5—32% Natron, 1,74—2,90% Kalk, 1,60—3,17% Magnesium, 0,44—0,55% Eisenoxyd, 23,8—28,8% Chlor, 3,16—4,83% Phosphorsäure (P_2O_5), 1,32—2,63% Schwefelsäure, 0,28 bis 2,04% Kieselsäure, 9,67—11,6% Kohlensäure.) 3. dafs Hühnereiweifs mit Formaldehyd unlösliche Verbindungen gibt, d. h. denaturiert wird (siehe COHNHEIMS Eiweifs-Chemie); 4. dafs Hühnereiweifs auch durch Alkohol gefällt und denaturiert wird (Dr. HUGO SCHWANERT). Es wird hierdurch genügend bewiesen, dafs Hühnereiweifs an und für sich als Alkali bindende Säure absolut nicht in Betracht kommen kann, vor allem aber nicht, wenn es noch durch Formaldehyd oder Alkohol denaturiert wird.

Für die im vorstehenden geschilderten chemischen Ausführungen und Experimente beziehe ich mich auf Herrn RASMUSSEN, Chemiker der Fabrik PAUL HORN, dessen jahrelanges Studium der Eiweifschemie angehört, und welchem ich für seine unausgesetzten Bemühungen in der Sache an dieser Stelle meinen verbindlichen Dank aussprechen möchte.

Versammlungen.

Krakauer dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Februar 1904.

(Nach dem Originalbericht [Dr. Pacyna] im *Przeglad lekarski.* 1904. Nr. 15.)

I. Prof. Reiss demonstriert:

1. Ein **Ulcus rodens faciei.** Auch in Fällen von Epithelioma benignum hält R. die frühe radikale Operation für angezeigt; von anderen Eingriffen, die selten von Erfolg begleitet wären, betrachtet er das Verfahren von Trunečěk-Czerny für das beste. Steuermark hat zu diesem Verfahren kein Vertrauen; von unblutigen Behandlungsmethoden hält er die Röntgentherapie für die am meisten geeignete.

2. Einen Fall mit folgenden Veränderungen, die R. für syphilitische hält: bis zu hühnereigroſse, deutlich **fluktuierende Geschwülste** auf den Extremitäten und Schwertfortsatz; beide Hoden hart und vergröſsert; das rechte Sprunggelenk geschwollen; an der Tibiakante ein groſser Substanzverlust; die Nebenhoden sind vollkommen frei; aus den Tumoren entleert sich ein dickflüssiges Sekret.

3. Multiple **Hautkeloide.** Vor einem Jahre wurde Thiosinamin ohne Erfolg angewendet.

4. **Lues gummosa maligna praecox.** Infektion vor drei Jahren.

5. **Lues papulosa lenticularis.** Nach acht Injektionen vom Hg. salicylicum à 0,12 sind sämtliche Infiltrate zurückgegangen und nur Pigmentflecke geblieben.

6. Eine **Cowperitis suppurativa,** als Komplikation einer Blennorrhoe. R. betont die dringende Indikation zur Inzision, um den Durchbruch in die Urethra zu verhüten.

7. Einige Fälle von **Lupus vulgaris.**

In der Diskussion zu Fällen 2. und 5. ergreift das Wort Borzecki.

II. Borzecki demonstriert:

1. Einen Kranken mit dichtem Infiltrat der Haut und der tiefen Schichten der ganzen Unterlippe und eines Teiles des Kinnes bis zum Unterkieferwinkel; zahlreiche Öffnungen entsprechen Kanälen, die in verschiedenen Richtungen verlaufen; es entleert sich aus ihnen viel Eiter. Die Diagnose schwankte zwischen **Syphilis** und **Aktinomykose;** auch ein **Neoplasma** war schwer auszuschlieſsen in Anbetracht der Härte des Infiltrates. Jod wurde ohne Erfolg angewendet. Aktinomykose konnte bis jetzt nicht mikroskopisch nachgewiesen werden.

Rutkowski vermutet ein Neoplasma; diesbezügliche Untersuchung wird auch eingeleitet. Reiss erinnert an einen Fall, wo er erst nach sehr zahlreichen Untersuchungen Aktinomykose mikroskopisch feststellen konnte.

2. Einen Kranken mit oberflächlichen Infiltraten auf der Haut des Stammes und der Extremitäten; die Ränder der Infiltrate sind erhaben, sich gegen die Peripherie bogenförmig verbreiternd; in der Mitte der Plaques ist die Oberfläche atrophisch, narbig. Der Prozeſs dauert seit 15 Jahren. B. glaubt, daſs es sich um **Syphilis tuberosa und Liodermia syphilitica** handelt. Die Diagnose wird durch den Erfolg der Jodbehandlung (seit zehn Tagen) bestätigt: die Infiltrate sind auf den Rändern abgeplattet. — Krzysztalowicz hält den Prozeſs eher für eine **Parapsoriasis Broco,** oder nach Unna für eine **Parakeratosis variegata.** Reiss glaubt, daſs die zentrale

Atrophie der Plaques auf Täuschung beruht, da die Haut in toto das Bild einer **Atrophia cutis senilis** darstellt.

3. Einen jungen Mann mit **Neoplasma** der Blase und Harnröhrenstriktur, welche die Cystoskopie unmöglich macht. Die Sonde fühlt an der Blasenwand deutlich nicht schmerzhafte Unebenheiten. Nach Reiss handelt es sich hier mit grofser Wahrscheinlichkeit um Papillome.

4. und 5. Eine **Lues papulo-squamosa lenticularis** und eine **Lues tuberoserpiginosa exulcerans** des Gesichtes. *Leon Feuerstein-Bad Hall.*

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Mai 1904.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Richter demonstriert einen 29jährigen Mann mit bisher unbehandelter **Ichthyosis** des ganzen Körpers und der Extremitäten. Im Sommer tritt Besserung ein, vom September an wieder Verschlimmerung, und der höchste Grad wird im November erreicht.

2. Rosenthal demonstriert ein 17jähriges Mädchen, dessen Haut seit neun Jahren der Sitz völlig uncharakteristisch lokalisierter und atypisch verlaufender Tumoren und Ulcerationen war, die in diesem Zeitraum vornehmlich als Lues oder Tuberkulose behandelt worden sind. Vielfach Abheilung mit keloiden Narben. Augenblicklich sind die Knochenvorsprünge der Gelenke (Finger, Handgelenk, Ellbogen) vorzugsweise befallen. Es handelt sich um sogenannte **multiple neurotische Hautgangrän** artefizieller Natur. Auf Lessers Anfrage erwidert der Vortragende, dafs Medikamente (Brom usw.) mit Sicherheit vorher nicht gegeben worden sind.

Diskussion: Blaschko, welcher vor kurzer Zeit die Patientin gesehen hat, hielt die tumorartige Form der Ausbrüche trotz einzelner Abweichungen vom tuberkulösen Prozefs für so eigentümlich, dafs er zu einer Tuberkulinprobe riet. Diese ist aber völlig reaktionslos verlaufen. Er schliefst sich der Diagnose des Vortragenden an.

3. Lilienthal demonstriert einen an Lymphdrüsenschwellungen am Hals leidenden Knaben, dessen Unterlippen- und Wangenschleimhaut, namentlich in der Interdentallinie, mit runden, bis 2 mm breiten Knötchen besetzt ist. Er hält sie für **versprengte Talgdrüsen,** welche in das Gebiet der von Delbanco und Audry beschriebenen Gebilde gehören.

Diskussion: Marcuse erwähnt, dafs in der Berner Klinik bei systematischem Suchen sehr häufig diese Drüsen gefunden worden seien, ohne irgendwelche Beziehung zu dem bestehenden Grundleiden.

Baum hält die Gebilde des vorgestellten Falles für pathologischer Natur, vermutlich für Warzen.

E. Lesser schliefst sich der Anschauung des Vortragenden an.

4. Pinkus demonstriert einen 59jährigen Mann mit **Hidrocystoma nasi,** welches möglicherweise als die Folge einer von Jugend auf bestehenden Nasenhyperidrosis (vielleicht Granulosis rubra nasi Jadassohns) anzusehen ist.

5. Mayer demonstriert ein Kind mit **Ekthyma terebrans** am Gesäfs, Rücken, Vorder- und Hinterkopf und bespricht die bakterielle Natur des Leidens.

Diskussion: Lesser rechnet diese Affektion zur Gangraena cachecticorum von Oscar Simon. Es ist gewissermafsen ein Druckbrand bei Kindern von erschöpftem Allgemeinzustand.

6. Bruhns demonstriert ein sehr vollständig injiziertes Präparat von **Lymphgefäfsen und Lymphdrüsen des Hodengebiets.**

Versammlungen.

Krakauer dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Februar 1904.

(Nach dem Originalbericht [Dr. Pacyna] im *Przeglad lekarski*. 1904. Nr. 15.)

I. Prof. Reiss demonstriert:

1. Ein **Ulcus rodens faciei.** Auch in Fällen von Epithelioma benignum hält R. die frühe radikale Operation für angezeigt; von anderen Eingriffen, die selten von Erfolg begleitet wären, betrachtet er das Verfahren von Trunečk-Czerny für das beste. Steudermark hat zu diesem Verfahren kein Vertrauen; von unblutigen Behandlungsmethoden hält er die Röntgentherapie für die am meisten geeignete.

2. Einen Fall mit folgenden Veränderungen, die R. für syphilitische hält: bis zu hühnereigroſse, deutlich **fluktuierende Geschwülste** auf den Extremitäten und Schwertfortsatz; beide Hoden hart und vergröſsert; das rechte Sprunggelenk geschwollen; an der Tibiakante ein groſser Substanzverlust; die Nebenhoden sind vollkommen frei; aus den Tumoren entleert sich ein dickflüssiges Sekret.

3. Multiple **Hautkeloide.** Vor einem Jahre wurde Thiosinamin ohne Erfolg angewendet.

4. **Lues gummosa maligna praecox.** Infektion vor drei Jahren.

5. **Lues papulosa lenticularis.** Nach acht Injektionen vom Hg. salicylicum à 0,12 sind sämtliche Infiltrate zurückgegangen und nur Pigmentflecke geblieben.

6. Eine **Cowperitis suppurativa,** als Komplikation einer Blennorrhoe. R. betont die dringende Indikation zur Inzision, um den Durchbruch in die Urethra zu verhüten.

7. Einige Fälle von **Lupus vulgaris.**

In der Diskussion zu Fällen 2. und 5. ergreift das Wort Borzecki.

II. Borzecki demonstriert:

1. Einen Kranken mit dichtem Infiltrat der Haut und der tiefen Schichten der ganzen Unterlippe und eines Teiles des Kinnes bis zum Unterkieferwinkel; zahlreiche Öffnungen entsprechen Kanälen, die in verschiedenen Richtungen verlaufen; es entleert sich aus ihnen viel Eiter. Die Diagnose schwankte zwischen **Syphilis** und **Aktinomykose;** auch ein **Neoplasma** war schwer auszuschlieſsen in Anbetracht der Härte des Infiltrates. Jod wurde ohne Erfolg angewendet. Aktinomykose konnte bis jetzt nicht mikroskopisch nachgewiesen werden.

Rutkowski vermutet ein Neoplasma; diesbezügliche Untersuchung wird auch eingeleitet. Reiss erinnert an einen Fall, wo er erst nach sehr zahlreichen Untersuchungen Aktinomykose mikroskopisch feststellen konnte.

2. Einen Kranken mit oberflächlichen Infiltraten auf der Haut des Stammes und der Extremitäten; die Ränder der Infiltrate sind erhaben, sich gegen die Peripherie bogenförmig verbreiternd; in der Mitte der Plaques ist die Oberfläche atrophisch, narbig. Der Prozeſs dauert seit 15 Jahren. B. glaubt, daſs es sich um **Syphilis tuberosa und Liodermia syphilitica** handelt. Die Diagnose wird durch den Erfolg der Jodbehandlung (seit zehn Tagen) bestätigt: die Infiltrate sind auf den Rändern abgeplattet. — Krzysztalowicz hält den Prozeſs eher für eine **Parapsoriasis Broco,** oder nach Unna für eine **Parakeratosis variegata.** Reiss glaubt, daſs die zentrale

Die Mastzellen finden sich gelegentlich auch in der Nähe der tieferen Gefäße und der Knäueldrüsen. Die letzteren haben öfters erweiterte Lumina mit verschmälerten Wänden, oder sind sehr klein und zusammengedrückt. Die Talgdrüsen sind relativ spärlich und meist sehr klein.

Im allgemeinen weicht die Konfiguration des Rete bei den leichteren Formen nicht sehr von der Norm ab; bei den stärkeren aber wächst, ungefähr proportional der Hornschichtverdickung, die Länge der Reteleisten und der Papillen, d. h. die Affektion bekommt histologisch einen etwas papillomatösen Charakter, der jedoch klinisch nie eine papillomatöse oder verruköse Oberflächengestaltung bedingt. Die Hornschicht dringt mit Vorliebe an den Follikeln und Schweißporen in die Tiefe. Die abnorme Follikelverhornung befällt bei den verschiedenen Individuen eine verschieden große Anzahl von Follikeln und äußert sich in verschiedenen Graden und Formen, ist aber meist über den größten Teil des Körpers verbreitet. Klinisch zeigt sie sich am deutlichsten an der Streckseite der Extremitäten."

In paratypischen Fällen der Ichthyosis hystrix findet man: „Erhaltensein von färbbaren, durch die ganze Dicke der Hornschicht gleichmäßig zerstreuten Kernen, die evidente Verdickung des Stratum granulosum und die stark vermehrte Menge des Keratohyalins, endlich das Vorhandensein einer dem Eleidin morphologisch ähnlichen Substanz in den Paraffinpräparaten, die sich mit Hämatoxylin und teilweise auch nach Gram färbt. Das Rete ist mäßig hypertrophisch und die Zahl der Mitosen größer als in den meisten Ichthyosisfällen."

Aus der Histologie der Naevi keratotici hebt Verfasser auf Grund eines von ihm beobachteten Falles und der ähnlichen Fälle von Kaposi, Philippson, Borgel, Breda, Blaschko, Tommasoli folgende, zunächst die systematisierten, hyperkeratotischen Naevi betreffenden anatomisch-pathologischen Befunde hervor: „Mehr oder weniger hochgradige Verdickung der Hornschicht, die sich über den interpapillären Zapfen mehr oder weniger einsenkt und demgemäß stärker oder schwächer gewellt erscheint. In den Tälern manchmal eine abweichende Struktur. Hier und da färbbare Kerne erhalten. Das Rete ist meist hypertrophisch, gelegentlich aber auch verdünnt; Verbreiterung der Körnerschicht; eigentümliche Veränderungen der Retezellen und des Keratohyalins und außerdem beträchtliche Vermehrung der Mitosen; das Pigment in der Basalschicht oder auch im Papillarkörper. Der letztere meist hypertrophisch, die Papillen verlängert, gelegentlich auch verzweigt; Erweiterung der Gefäße nicht immer vorhanden. In Papillarkörper und Cutis meist eine stärkere oder schwächere Kernvermehrung um die Gefäße herum; dieselbe besteht nach Blaschko nicht aus Leukocyten. Borgel fand cystische Erweiterung der Haarbalgdrüsen, Breda der Schweißdrüsengänge; letzterer fand außerdem die Haare im Follikel gewunden. In Verfassers Falle wurde Talgdrüsenhypertrophie beobachtet. Jadassohn beschreibt in der ichthyosiformen Partie seines systematisierten Naevus Hornzysten und eine unregelmäßige, tiefgreifende Epithelwucherung.

Die Befunde bei nicht systematisierten ichthyosiformen Naevi (Fälle von De Amicis, Borghold, Joseph) sind, wie bei den systematisierten, die steilwellige Schichtung der verdickten Hornschicht, die Hypertrophie der Papillen und eine mäßige Rundzellenvermehrung um die Gefäße der Cutis. De Amicis fand das Rete über den Papillen verschmälert, zwischen denselben verbreitert; bei Josephs Fall ist es etwas verdickt, bei Borgholds Fall auf zwei Reihen reduziert. De Amicis konstatierte eine Vermehrung der wie zerrieben aussehenden Keratohyalinkörner, Joseph das Fehlen derselben. Letzterer sah außerdem eine eigentümliche Degeneration der Zellen des Rete und zahlreiche Mitosen in demselben; De Amicis erwähnt eine Hypertrophie der Talgdrüsen."

Der II. Teil der vorliegenden Arbeit ist der Klinik der Ichthyosis und der keratotischen Naevi gewidmet. Nach der einschlägigen Literatur zu urteilen, besteht Heredität in etwa einem Viertel der Fälle, in etwa der Hälfte der Fälle tritt die Ichthyosis als Familienkrankheit auf.

Im allgemeinen ist die Ichthyosis vulgaris eine seltene Affektion; die leichten Formen sind relativ viel häufiger als die schweren.

Die leichten Formen manifestieren sich durch eine gröfsere Trockenheit und Sprödigkeit der obersten Hornschichten; die gröbere Hautfelderung ist etwas stärker, die ganz feine etwas schwächer ausgesprochen. Die Faltung der Haut findet nur in den stärker ausgesprochenen Furchen statt, welche die gröberen Hautfelder begrenzen.

Bei diesen ganz leichten Formen braucht nicht notwendigerweise eine Verdickung der Hornschicht vorhanden zu sein.

Die mittelschweren Formen weisen einen bedeutenderen Grad von Verdickung der Hornschicht auf. Die letztere zeigt eine etwas stärkere Dunkelfärbung, die vom dunkelbraunen bis zum bräunlich-, gelblich-, grünlich- oder dunkelschwarzen Ton variieren kann. Diese Färbung ist teils durch eingelagerte Schmutzteile, teils durch die Eigenfarbe der Hornsubstanz bedingt.

In den schweren Formen sind die beschriebenen Erscheinungen gesteigert. Die Hautoberfläche zeigt Ähnlichkeit mit dem Relief der Panzer gewisser Schildkröten.

Was die Lokalisation der wahren Ichthyosis betrifft, so wird nach den Erfahrungen des Verfassers die gesamte Hautdecke von derselben betroffen. In vielen leichten Fällen sind auch die Gelenkbeugungen klinisch deutlich ichthyotisch. Bei genauer Beobachtung findet man sehr häufig auch das Gesicht, die Handteller und Fufssohlen beteiligt. Es sind zuweilen nur spärliche, winzige, adhärente, äufserst dünne Schüppchen vorhanden. Fast in allen Fällen findet man Schuppung des behaarten Kopfes. Man kann nach den Untersuchungen des Verfassers wohl sagen, dafs bei der Ichthyosis vera die gesamte Körperhaut befallen ist, da sich die klinisch scheinbar verschonten Partien histologisch ebenfalls als verändert erwiesen haben.

Die Behaarung hat Verfasser ausschliefslich an den Streckseiten der Extremitäten beeinträchtigt gefunden und ist deshalb überzeugt, dafs manche Fälle, welche für ichthyotische Alopecie des behaarten Kopfes angesehen wurden, dem Ulerythema ophryogenes Taenzer zugehören.

Die Nägel Ichthyotischer sind nach der Beobachtung verschiedener Autoren trocken und brüchig.

Die Schweifssekretion ist in allen Fällen wahrer Ichthyosis beeinträchtigt, ebenso wahrscheinlich die Talgdrüsensekretion.

Die Sensibilität ist entsprechend der Verdickung der Hornschicht verändert.

Die Schleimhäute bleiben von der Ichthyosis verschont.

Die Ichthyosis ist keine entzündliche Affektion; wo klinisch entzündliche Symptome vorhanden sind, dürften sie irgendeiner anderen, als Komplikation hinzutretenden, entzündlichen Affektion zuzuschreiben sein. Besonders ist das Ekzem eine sehr häufige Begleiterscheinung der Ichthyosis und nicht als zum eigentlichen Symptomenkomplex derselben zu betrachten. In den meisten Lehrbüchern ist von atrophierenden Formen der Ichthyosis die Rede. So behauptet Fournier, dafs bei den Ichthyotikern stets der Panniculus atrophisch sei. Die vom Verfasser beobachteten Fälle wiesen eine solche Atrophie nicht auf, und das vorliegende literarische Material genügt nicht, um atrophierende Ichthyosisformen aufzustellen. Ebensowenig ist aus den publizierten Fällen die Frage zu entscheiden, ob es eine lokalisierte Ichthyosis gebe.

Der Verlauf der Ichthyosis ist gewöhnlich der, daſs die Affektion in den ersten Lebensjahren bereits den ganzen Körper, meist in leichter Form überzieht und bis zur Pubertät sehr langsam an Intensität zunimmt. Von da an ist eine wesentliche Änderung, abgesehen von den durch die Jahreszeit, Ernährungsverhältnisse usw. bedingten Schwankungen, nicht mehr zu erwarten.

Die Pathogenese der Ichthyosis ist dunkel. Die wesentlichsten anatomischen Veränderungen deuten darauf hin, daſs die Art der Verhornung der Retezellen, d. i. der Verhornungschemismus, abnorm ist. Die Leukocytenzahl ist zu gering, um die Annahme zu rechtfertigen, daſs eine Entzündung des Rete die Ursache dieser Erscheinung sei. Man wird deshalb die Ichthyosis definieren als eine angeborene primäre Verhornungsanomalie, die mit Verdickung der Hornschicht oder ohne eine solche einhergehen kann.

Im folgenden bespricht Verfasser eingehend die Differentialdiagnose zwischen der Ichthyosis und einigen verwandten Affektionen, so der Keratosis pilaris (Brocq) und anderer follikulärer Keratosen. Das Resultat dieser differentialdiagnostischen Betrachtungen ist:

„1. Die Keratosis pilaris ist eine der Ichthyosis vulgaris zwar sehr nahestehende, aber von derselben klinisch und wohl auch histologisch unterscheidbare Affektion. Keinesfalls darf sie als abgeschwächte Form oder erstes Stadium der typischen Ichthyosis vulgaris angesehen werden.

2. Bei der vulgären Ichthyosis gibt es Follikelaffektionen, die mit der Keratosis pilaris groſse Ähnlichkeit haben, gegenüber derselben jedoch klinische und histologische Verschiedenheiten aufweisen.

3. Es ist möglich, daſs diese ichthyotischen Follikelaffektionen auch isoliert, ohne diffuses Mitergriffensein der übrigen Hautdecke vorkommen resp. eine wirkliche Ichthyosis follicularis darstellen können."

Eine besondere Besprechung erfahren zur differentialdiagnostischen Unterscheidung von der Ichthyosis vulgaris die Hornnaevi.

Ein umfangreiches Litteraturverzeichnis beschlieſst diese fleiſsige Arbeit.

1904. Band 69, Heft 3.

I. **Zur Naevusfrage**, von J. Fränkel-Straſsburg. Der Verfasser hat eine gröſsere Anzahl weicher Naevi aus dem Straſsburger pathologischen Institut. Das Material war teils Leichen, teils Lebenden entnommen; auffallenderweise gelang es, trotz eifrigen Suchens, nur wenige Exemplare von Naevis der Neugeborenen und älterer Kinder zu bekommen. Zur Fixierung diente Alkohol, seltener Müllersche Flüssigkeit.

Mit Rücksicht auf Unnas Theorie der epithelialen Natur der weichen Naevi wurden vor allem die Veränderungen des Epithels genau studiert. Nach den Untersuchungsergebnissen kann Verfasser die Angabe Unnas bestätigen, daſs in sehr vielen weichen Naevi das Keratohyalin mangelhaft ausgebildet ist oder vollständig fehlt. Dazu kommt die Beobachtung des Verfassers, daſs in einigen Naevis die Hornschicht ziemlich erheblich verdickt ist, besonders in solchen Exemplaren, wo die Oberfläche stark zerklüftet ist. Selten findet sich auch im Stratum corneum Pigment.

Das Rete Malpighii ist in manchen weichen Naevis normal dick, in anderen verbreitert, in anderen wieder verdünnt.

Auch die eigentümlichen, so häufig beschriebenen Herdbildungen im Rete und den äuſseren Haarwurzelscheiden, welche als Beweise der Abschnürungstheorie von Unna und seinen Anhängern angeführt werden, hat Verfasser, wenn auch ganz vereinzelt, konstatieren können. Von Kernwucherungen ist im Rete nichts zu sehen.

In der Cutis, und zwar im Papillarkörper, dicht unter der Retegrenze, fand Verfasser Haufen stark pigmentierter Zellen, welche den grofsen pigmentierten Zellen der Reteherde vollständig glichen und zweifellos mit ihnen identisch sind.

Angesichts der grofsen Ähnlichkeit der Befunde mit denen Unnas neigt Verfasser dazu, für den vorliegenden Fall, von dem die Präparate herrühren, die Entstehung der Herde im Rete anzunehmen und die Herde in der Cutis als das dritte der von Unna beim Abschnürungsprozesse aufgestellten Stadien, nämlich das der vollständigen Abschnürung und Versenkung in die Cutis, anzusehen.

An der Hand der einschlägigen Literatur bemüht sich nun Verfasser, zu beweisen, weshalb für eine grofse Reihe von Fällen der endotheliale Ursprung der weichen Naevi wahrscheinlich sei. Absolute Beweise lassen sich indes weder für die eine, noch für die andere Theorie beibringen.

II. **Einige Ergebnisse der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Luetischen**, von W. Funke-Prag. Im Jahre 1891 hat Quincke die Lumbalpunktion und die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis zu therapeutischen und diagnostischen Zwecken in die innere Medizin eingeführt. Normalerweise enthält der Liquor cerebrospinalis keine oder nur sehr spärliche korpuskuläre Elemente, während er bei chronischer Meningealtuberkulose Leukocyten in gröfserer Zahl aufweist.

Seitdem haben verschiedene Autoren, namentlich Franzosen, Untersuchungen daraufhin angestellt, deren Ergebnis das ist, dafs ein konstantes Symptom der progressiven Paralyse, Tabes und aller anderen auf Syphilis zurückzuführenden Erkrankungen des Zentralnervensystems, zum Teil auch des peripheren, ein abnormer Reichtum der Cerebrospinalflüssigkeit an mononukleären Leukocyten sei; daher könne in einem klinisch sonst zweifelhaften Falle aus dem Vorhandensein einer Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit auf die syphilitische Natur des betreffenden Prozesses geschlossen werden.

Verfasser hat 40 Fälle, und zwar 13 Fälle von Lues condylomatosa, 14 Fälle von Lues gummosa, 2 Fälle von Lues hereditaria und 11 Fälle der verschiedensten anderweitigen Erkrankungen untersucht. Die Lumbalpunktion wurde stets am sitzenden Kranken vorgenommen und gewöhnlich 5—6 cm^3 abgezapft. Das Resultat war, dafs in den Fällen rezenter Lues, so besonders bei Luetikern mit Kopfschmerzen, bei spezifischer Iritis nur eine äufserst geringe Anzahl von Elementen gefunden wurde.

III. **Der syphilitische Primäraffekt der Augapfelbindehaut**, von Gutzeit-Neidenburg. Einem 19jährigen Schmiedegesellen war beim Schärfen einer Pflugschar ein Stück an ihr haftender Erde in das linke Auge geflogen. Er empfand heftige Schmerzen und begab sich auf den Rat einiger Leute zu einer alten Frau, die ihm das Auge mit der Zunge ausleckte. Da die Schmerzen nicht aufhörten, so liefs er die Prozedur noch einmal vornehmen. Aber auch dies half nichts, so dafs endlich ein Arzt gefragt wurde, der eine kleine Verletzung der linken Hornhaut konstatierte und die nötigen Verordnungen erteilte, worauf Besserung eintrat. Nach zirka sieben Wochen, als Patient sich zum ersten Male dem Verfasser vorstellte, war die Augapfelbindehaut gerötet und geschwollen, ihre Ränder ragten als roter Wulst über die Hornhautgrenzen. Auf der stark chemotischen Conjunctiva bulbi in der Mitte des unter der Hornhaut gelegenen Abschnittes findet sich eine etwas unregelmäfsig begrenzte, zirka erbsengrofse, weifsliche Stelle ohne scharfe Ränder. Die Hornhaut ist nebelartig getrübt. Die Erscheinungen nehmen in der nächsten Zeit noch zu. Die linken Präaurikular- und Inframaxillardrüsen sind geschwollen, hart, unempfindlich. Nach weiteren fünf Wochen zeigt sich am ganzen Körper ein makulo-papulöses Exanthem, das, ebenso wie die anderen Symptome, unter einer Schmier- und Jodkaliumkur verschwindet. In der unteren Hornhauthälfte ist eine flache Narbe zurückgeblieben. Im

Pupillargebiet der Hornhaut befinden sich mehrere punktförmige Trübungen. — Der Verfasser bespricht den Infektionsmodus und vergleicht die einschlägige Literatur.

IV. **Über hyperkeratotische Exantheme bei schweren blennorrhoischen Infektionen,** von Gustav Baermann-Breslau. Vidal hat zuerst gewisse Hyperkeratosen als Hautkomplikationen schwerer blennorrhoischer Allgemeininfektionen beschrieben. Seitdem sind in der Literatur verschiedene Fälle publiziert worden.

Verfasser bereichert die Kasuistik durch zwei in der Klinik von Prof. Neisser beobachtete Fälle.

Fall 1 bekam im Verlaufe der ersten Blennorrhoe im Jahre 1884 im linken Fufsgelenk eine schmerzhafte Schwellung, die gleichzeitig mit der Blennorrhoe in zirka sechs Wochen abheilte.

Im Jahre 1891, während der dritten Blennorrhoe, stellten sich Schwellungen und Schmerzen des linken Fufsgelenks, des rechten Hand- und Daumengelenks ein. Damals bemerkte Patient zum ersten Male an der Planta des rechten Fufses circumskripte Krustenbildung. Die Krusten lösten sich allmählich von selbst ab und hinterliefsen nur dunkelrot gefärbte Flecke mit verdünnter Epidermis, die langsam verschwanden.

Eine fünfte blennorrhoische Infektion brachte dem Patienten Schmerzen und Schwellung in verschiedenen Gelenken; aufserdem sind an der Planta und Ferse des linken Fufses circumskripte, zum Teil distinkt stehende, zum Teil konfluierte und etwas serpiginös begrenzte, aus gelblichen, trockenen Hornschuppen bestehende Efflorescenzen aufgetreten.

Die Therapie bestand in 4 g Jodkalium täglich und Einreibungen von täglich 4 g Unguentum hydrargyr. cin., später in 6 g grauer Salbe täglich. Patient war nach 20 Einreibungen und 120 g Jodkalium geheilt. Eine Luesanamnese fehlte vollständig.

Fall 2 infizierte sich am 20. Februar 1903 zum ersten Male mit Blennorrhoe. Nach sieben Wochen bekam Patient eine Ophthalmo-Blennorrhoe, Prostatitis, Schwellung des linken Hand- und linken Kniegelenks. 14 Tage später zeigte sich am Körper, auf der behaarten Kopfhaut, besonders auch an den Zehen ein aus gelbbraunen, runden, hornschuppenähnlichen Efflorescenzen bestehender Ausschlag. Dieselben lassen sich abkratzen, und es erscheint darunter eine leichte papilläre, gewöhnlich trockene, gerötete und scheinbar verdünnte Epidermis. Die Planta pedis ist von einer trüben, chagrinierten, sehr stark verdickten Hornhaut überzogen, auf der sich kleine Hornkegel erheben. Unter Bädern und Salbenbehandlung verschwinden schliefslich die Hauterscheinungen.

V. **Über die Bakterienflora der normalen Harnröhre von Männern,** von Hermann Pfeiffer-Wien. Verfasser hat 24 normale Harnröhren junger Männer, die niemals eine Geschlechtskrankheit durchgemacht hatten, auf ihren Keimgehalt untersucht und nur eine kulturell steril gefunden. Im ganzen liefsen sich 13 verschiedene Bakterienarten nachweisen, die man hinsichtlich der Häufigkeit ihres Vorkommens in zwei Gruppen teilen kann: 1. in die konstant, 2. in die seltener gefundenen Formen.

Zu den konstant angetroffenen Squamophyten gehören:

a) Bakterien der Diphtheriegruppe.

b) Der Streptobacillus urethrae.

Der letztere zeigt gegenüber den Streptokokken folgende differentialdiagnostische Merkmale:

1. das konstante Vorkommen teils bipolar, teils uniform gefärbter Stäbchen;
2. die aufserordentlichen Gröfsen- und Formunterschiede innerhalb der Ketten;
3. die Unzuverlässlichkeit der Gramschen Färbung gegenüber;
4. die typische und konstante Parallellagerung der Ketten bezw. der Diplo-

5. die Unsicherheit des Wachstums auf Agar, Bouillon und Gelatine in den ersten Generationen;

6. das Fehlen der Milchkoagulation;

7. das Fehlen der Tierpathogenität.

c) Konstante Kokkenformen, und zwar in 42% der Fälle Kokken, welche zum Teil vollständig mit dem Staphylococcus albus übereinstimmten, zum Teil aber von demselben in kulturellen Details abwichen; in 20,8% ein dem Staphylococcus pyogenes aureus entsprechender Coccus; in 12,5% der Fälle ein dem Staphylococcus citreus homologer Coccus; in 16,6% ein dem Micrococcus candidans zugehöriger Coccus; in 58,4% der untersuchten Fälle ein Coccus der farblosen Sarcine-Arten.

Aus seinen Beobachtungen zieht Verfasser folgende Schlüsse: „1. Die normale Urethra ist auch in ihren hinteren Anteilen von zahlreichen Keimen bewohnt.

2. Die Hauptvertreter sind die oben erwähnten Formen, von denen der Pseudodiphtheriebacillus und der „Streptobacillus urethrae" unter Umständen für postgonnorrhoische Urethritiden und Cystitiden Bedeutung gewinnen können.

3. Für keine der gewonnenen Arten konnte Tierpathogenität nachgewiesen werden.

4. Wichtig erscheint die Tatsache, daſs in keinem der untersuchten Fälle typische Streptokokken oder das Bacterium coli commune aufgefunden werden konnten."

VI. **Über ein eigenartiges lichenoides Exanthem**, von Walther Pick-Prag. Ein 37jähriger Tischler mit Herzklappenfehler und schwerer Bronchitis bekam vor zwei Monaten auf der internen Klinik einen Ausschlag, der sich besonders stark am Stamme, weniger stark auf der Stirn und an den Extremitäten lokalisierte. Derselbe war charakterisiert durch einzelnstehende, hanfkorngroſse, eigentümlich wachsartig glänzende, wenig prominente, braunrote, äuſserst derbe, scharf begrenzte Knötchen, die vielfach eine festhaftende, dünne Schuppenborke zeigen, an deren Unterfläche ein zentraler Zapfen in eine erweiterte Follikelmündung hineinragt. Auch in den nicht schuppenden Knötchen läſst sich zuweilen noch eine erweiterte Follikelmündung erkennen. In Rückbildung begriffene Knötchen erscheinen mehr abgeflacht oder in die Haut eingesunken und haben einen intensiv braunen Farbenton angenommen. Hier und da sieht man kreisrunde, vertiefte, wenig oder gar nicht pigmentierte Narben. — Die Affektion verursacht intensives Jucken.

Verfasser bespricht die Differentialdiagnose und teilt das Resultat der histologischen Untersuchung mit. Das histologische Bild entsprach qualitativ vollkommen jenem des Lichen scrophulosorum. Hier wie da findet man verkäste, perifollikulär angeordnete Entzündungsherde. Die Gröſse und Gestalt der Knötchen, ihr Abheilen mit Narbenbildung, die nirgends hervortretende Neigung zur Gruppierung schieden aber die Affektion klinisch scharf vom Lichen scrophulosorum.

Da für den vorliegenden Fall kein Analogon in der Literatur aufzufinden und eine Einreihung in eine der bekannten Krankheitstypen nicht möglich war, so glaubte Verfasser berechtigt zu sein, „ihn als ein eventuell mit der schweren Kachexie des Patienten in Beziehung stehendes lichenoides Exanthem aufzufassen, das sowohl in bezug auf diese Genese, wie bezüglich seines tuberkulösen Befundes der Gruppe der Tuberkulide nahe steht". *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band II. Heft 6.

1. **Unser neues Merkblatt**, von A. Blaschko. Wie bekannt, haben die abolitionistische Föderation und die Sittlichkeitsvereine gegen einen Absatz des ersten

Merkblattes der Gesellschaft Einspruch erhoben, welcher lautete: „Wirklich sicher wirkende Schutzmittel gegen die Ansteckung mit venerischen Krankheiten gibt es nicht; jeder aufsereheliche Geschlechtsverkehr kann auch bei der Befolgung von Vorsichtsmafsregeln gefährlich sein; immerhin ist es zweckmäfsig, sich solcher Mittel zu bedienen." Der Vorwurf, der Unsittlichkeit mit diesem Satze Vorschub zu leisten, dürfte zwar als unverdient betrachtet werden. Man hat jedoch folgende Fassung für das neue Merkblatt vorgesehen: „Jeder aufsereheliche Geschlechtsverkehr kann gefahrbringend sein. Diese Gefahr wird zwar durch Reinlichkeit, desinfizierende Waschungen und durch die Anwendung besonderer Schutzmittel wesentlich verringert, aber nicht ganz aufgehoben." Im übrigen weist der Verfasser in ruhiger, sachlicher Weise die Vorwürfe zurück, als ob durch den Hinweis auf solche prophylaktischen Mafsnahmen zum Verkehr mit der Prostitution direkt aufgefordert würde, oder dafs jene Empfehlungen abstumpfend auf das Verantwortlichkeitsgefühl wirkten. Im übrigen mindert das Merkblatt nicht die Furcht vor sexueller Erkrankung, sondern steigert sie eher. Und oft wird auch der Wert dieser Furcht überschätzt. Wie viele fürchten sich vor Erkrankung, vermögen aber doch der Verlockung durch ihren Geschlechtstrieb nicht zu widerstehen. Wäre die Erkrankung nur eine Strafe für den Erkrankten, so wäre es immerhin noch minder schlimm. So aber leiden durch sie Familie und Allgemeinheit. Und die Ursache ist die Unerfahrenheit junger Menschen, die gerade das Merkblatt auf die Gefahren des Geschlechtsverkehrs aufmerksam machen soll. Blaschko schätzt den Ausfall an Geburten in Deutschland, der auf das Konto des Trippers zu setzen ist, auf jährlich 200 000 Kinder. Soll man da nicht Recht und Pflicht anerkennen, mit allen Mitteln gegen die Verheerungen der geschlechtlichen Krankheiten vorzugehen? Im übrigen wendet sich Blaschko zu der Differenz der Anschauungen, die wir Ärzte und die Anhänger der Föderation und der Sittlichkeitsbewegung vertreten, und die diese wie jene in der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten tunlichst nachdrücklich zu vertreten bestrebt sind. Es ist nun aber einmal Tatsache, dafs, obwohl die Lehre von der sittlichen Reinheit und Enthaltsamkeit etwas Schönes und jahrhundertelang, ja jahrtausendelang vertretene Forderung der Moral darstellt, doch die grofse Masse der Menschen der Befriedigung des Geschlechtstriebes aufserhalb der Ehe nachgeht, eine Erscheinung, mit der die Ärzte als einer gegebenen Tatsache rechnen müssen.

Des weiteren enthält das Heft mehrere Berichte über Versammlungen der Gesellschaft. Das Merkblatt ist in 400 000 Stück zur Verteilung gelangt und hat grofsen Beifall von vielen Seiten gefunden. Es ist ein Antrag an die preufsische Regierung gerichtet worden, der bezweckt, dafs die Fürsorge-(Zwangs-)Erziehung erweitert werden und vor allem auf eine schnellere Überweisung der bedrohten jugendlichen Individuen in die Erziehungshäuser geachtet werden möge. Benario-Frankfurt verweist an der Hand von Erfahrungen, die bei verschiedenen Schiffsgeschwadern (Ostasien, Spanien) gemacht wurden, auf den Nutzen der vorbeugenden Mittel. Auf Schiffen, welche mit ihnen versehen waren, erfolgten bei der Mannschaft bedeutend weniger sexuelle Erkrankungen als auf solchen, auf welchen die prophylaktischen Mafsnahmen seitens der Mannschaft nicht vorgenommen worden waren. Ortsgruppen der Gesellschaft wurden gegründet in Elberfeld und Hirschberg i. Schl. In Wien steht die Bildung einer österreichischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bevor.

Hopf-Dresden.

Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
Band II, Heft 7.

1. **Die Diagnose der Blennorrhoe in der Gynäkologie in ihrer forensen Bedeutung,** von Max Flesch-Frankfurt a. M. Während Nöggerat der Ansicht ist,

dafs vier Fünftel aller kranken Frauen ihre Frauenkrankheiten durch blennorrhoische Infektion seitens der Ehegatten akquiriert haben, und somit diese Natur der Frauenleiden eine ubiquitäre sei, betonen andere Forscher wieder den Standpunkt, dafs nur der Nachweis des Gonococcus mafsgebend für die Beurteilung sein könne. Die Anhänger beider Richtungen vermögen aus der Pathologie Stützen für ihrer Behauptungen zu erbringen. Jede Unterleibsentzündung, jeder Fluor albus führen schliefslich auf einen durchgemachten Tripper zurück, was ja bei der endlosen Verbreitung dieser Erkrankung in der männlichen Bevölkerung nur erklärlich ist. Es kommen häufig Fälle vor, dafs in irgend einem gynäkologischen Prozefs, der sicher auf Blennorrhoe zurückgeht, Gonokokken absolut nicht zu finden sind. In denselben darf man deshalb gleichwohl auf klinische Sicherungen, wie Verbot des Geschlechtsverkehrs, Verweigerung der Eheschliefsung u. a., nicht verzichten. Vielleicht gelingt es einer späteren Forschung, neben bakteriologischen Beweisen chemische Beweise zur Sicherung der Tripperdiagnose heranzuziehen, vielleicht dafs sich mit deren Hilfe gewisse Sekretreaktionen anstellen liefsen. Wie aber zuzugeben ist, dafs man trotz Ausbleibens der Vidalschen Reaktion unter Umständen doch die Diagnose Typhus aufrecht erhalten mufs, so auch bei der Blennorrhoe in der gynäkologischen Praxis bei negativem Ergebnis der Nachforschung auf Gonokokken. Das Symptomenbild das Trippers beim Weibe mufs zu diesem Zwecke präziser beschrieben und begrenzt werden, damit auch mit ihm allein forensischen Absichten gedient werden kann. Auf die Anamnese ist in dieser Beziehung nur selten zu rechnen, sie wird uns fast nie genaue Anhaltspunkte geben, zumal die Fragestellung gegenüber Ehefrauen aus Gründen der Rücksicht auf die eheliche Harmonie seitens des Arztes stets mit grofser Vorsicht geübt werden mufs. Die alte Blennorrhoe des Mannes läfst sich auch, wenn er einen eben durchgemachten Tripper bestreitet, oder wenn man nach latenten Gonokokken forschen will, leicht durch provokatorische Mafsnahmen wiederbeleben und dieser Zustand für die Diagnose verwerten. Solche Eingriffe sind bei der Frau direkt kontraindiziert, da die Folgen einer Reizung bei der aufsteigenden Tendenz derartige Prozesse im weiblichen Organismus fast unkontrollierbare sind. Zum Schlufs betont Flesch die Möglichkeit der Lösung solcher Ehen, in denen durch beständig wiederkehrende Neuinfektionen seitens des Gatten eine Ausheilung der Krankheit der Ehefrau unmöglich ist.

2. **Zur Verbreitung der venerischen Krankheiten,** von E. Holländer-Berlin. Das Moment, welches in der heutigen Überflutung mit Geschlechtskrankheiten Rettung zu bringen vermag, ist nicht die Aufklärung allein, sondern daneben vor allem die Behandlung. Der Verfasser steht auf dem Standpunkt, und man wird ihm in leider grofsem Umfange recht geben müssen, dafs viele Personen, die die Infektiosität ihrer Krankheitserscheinungen recht wohl kennen, unbedenklich Verkehr pflegen, weil ihre Vernunft nicht stark genug ist, um dem übermächtigen Geschlechtstrieb die Spitze zu bieten. Mit Aufklärungen in öffentlichen Versammlungen sei man vorsichtig. Oft kommt es bei diesen dazu, dafs ein Sieg der rücksichtslosen Gegner, der Kurpfuscher, herausspringt. In diesen Versammlungen wird man ferner auch nicht die breite Masse des Publikums, sondern nur die interessierten Kreise finden. Auch die Aufklärung durch Verteilung von Flugblättern genügt nicht. Der Druck allein verfängt nicht mehr im Zeitalter, wo man die bildliche Reklame gewöhnt ist. Der Staat hat ein hohes Interesse daran, dafs der Geschlechtskranke früh zweckmäfsige Behandlung aufsucht. Holländer schlägt nun direkt vor, in allen öffentlichen Bedürfnisanstalten Plakate aufzuhängen, die das Publikum auffordern, sich bei geschlechtlichen Erkrankungen sogleich an eine näher zu bestimmende Stelle zu wenden; vielleicht könnte dies die nächste Sanitätswache sein. *Hopf-Dresden.*

American Journal of Dermatology and Genito-urinary Diseases.
1904. Nr. 2.

1. **Der Einfluſs der Bakteriologie auf die Dermatologie**, von MAX JOSEPH-Berlin. Der Verfasser betont den positiven Einfluſs, den die Lehre von den Bakterien auf unsere Anschauung über die Krankheiten der Haut ausgeübt hat und noch in der Zukunft auszuüben berufen sein dürfte. Trotz unserer vorgeschrittenen Kenntnisse bezüglich der klinischen Erfahrungen ist die Ätiologie vieler Dermatosen noch dunkel und unaufgeklärt. Es liegt auf der Hand, daſs mit der erkannten Ursache auch Therapie und Prophylaxe erleichtert werden. Des weiteren wendet sich JOSEPH zur Bakteriologie noch umstrittener Hautkrankheiten. Die bekannteren und allgemein auf parasitärer bezw. bakterieller Grundlage basierenden Dermatonosen streift er nur. Die Pityriasis rosea ist zweifellos mikrobieller Natur. Man beobachtet zuweilen eine Initialplaque (BROCQ), von der aus die Affektion sich weiter verbreitet, entweder plötzlich oder allmählich. Es ist zweifelhaft, ob Herpes tonsurans maculosus und squamosus (HEBRA-KAPOSI) mit Pityriasis rosea identisch ist oder nicht. Ekzema parasiticum, Ekzema seborrhoicum, Ekzema en plaques dürften, als auf bakterieller Grundlage beruhend, vom rein katarrhalischen Ekzem nach objektiven wie subjektiven Erscheinungen abzutrennen sein. Nach dem klinischen Verlauf darf man auch der Vermutung entgegentreten, daſs die Schuppenflechte auf parasitärer Basis sich aufbaut. Der Verfasser erwähnt hierbei den Fall eines Herrn, der mitsamt seiner Familie nicht eine Spur von Psoriasis aufwies, mehrere Jahre jedoch nach seiner Verehelichung mit einer an Schuppenflechte leidenden Dame eine Psoriasisplaque, und zwar am Penis, akquirierte. Es spricht dies sehr für Übertragung; dieser Fall ist aber auch der einzige, den JOSEPH in obigem Sinne deuten möchte. Auch betreffs der Krankheiten der Lichengruppe und des Carcinoms ist er sehr skeptisch, was die Infektiosität anbelangt. Pemphigus hat möglicherweise eine bakterielle Ursache; dagegen dürfte die Alopecia areata sicher trophoneurotischen Ursprungs sein (JOSEPHS bekannte Experimente an Katzen). Vielleicht haben einige Formen von Alopecia praematura eine parasitäre Grundlage, ebenso wie einzelne Nagelaffektionen. Mycosis fungoides scheint ebenfalls infektiös zu sein; die Erreger harren noch der Entdeckung. Zum Schluſs verweist der Verfasser auf die Bacillen, die er im Samen von Syphilitikern im kontagiösen Stadium nachgewiesen hat. Möglicherweise kann das Virus der Lues im Samen lange passiv liegen bleiben, aber später wieder virulent werden und zur Erkrankung des aus ihm hervorgehenden Fötus oder der Mutter des Kindes führen.

2. **Syphilisbehandlung mit kombinierter Lichtbestrahlung**, von CORYDON E. ROGERS-Seattle. Der Verfasser will, wie früher berichtet, die primäre Lues und die Drüsenschwellung mit Lichtbestrahlung zur Heilung bezw. zur abortiven Rückentwicklung bringen. Sind schon sekundäre Allgemeinerscheinungen vorhanden, so benutzt er die Radiotherapie neben der üblichen spezifischen Allgemeinbehandlung mit Erfolg als Unterstützungsmittel. Besonders gilt das für ulceröse Prozesse. Bei Schleimhautplaques führt einmalige Bestrahlung zur Heilung. Günstig wirkt dieselbe auch auf periostitische und neurotische Prozesse spezifischen Charakters ein.

3. **Perianale Wucherungen**, von CHARLES J. DRUECK-Chicago. Bringt nichts Neues.

4. **Die Behandlung der Harnröhrenentzündung in akutem, subakutem und chronischem Zustand**, von GEORG RUBIN-Chicago. Die Abhandlung will die kopiösen Spülungen der Urethra und Blase nach JANET warm empfehlen. Der Verfasser ist der Ansicht, daſs diese Behandlungsmethode ihm in allen Stadien des Trippers den besten Erfolg gehabt hat und beinahe so prompt und sicher wirke wie das Chinin bei Malaria. Er berichtet über etwa 50 Fälle von akuter, subakuter und

chronischer Blennorrhoe, in denen überall Heilung eintrat, bis auf den Fall eines Kranken, der vorzeitig wegblieb. Bei akuten Prozessen spült Rubin mit Kalium permanganat-Lösungen von 1 : 10000 und steigt in der dritten Woche bis zu 1 : 5000. Stärkere Lösungen verwendet er nicht. Verfasser spült in der einfachsten Weise, indem er eine Glasbirne in den Meatus urethrae einsetzt und einen einfachen Schlauchgang benutzt, den er beim Herauslassen von Spülflüssigkeit mit den Fingern der rechten Hand, die sowohl Birne wie oberen Schlauchteil hält, zudrückt. Mit den Spülungen beginne man sogleich, tunlichst am ersten Tage der Sekretion, und zwar spüle man täglich einmal, in den ersten zwei Wochen den vorderen Harnröhrenabschnitt allein, später auch die Urethra posterior. Daneben erhält der Kranke für eigenen Gebrauch irgendeine schwache Silbersalzlösung, die er in 24 Stunden einmal einzuspritzen hat. Intern erhält er Ol. Santali und Salol. Nur einmal unter 35 akuten und subakuten Fällen ist vom Verfasser eine Epididymitis beobachtet worden. Bei chronischer Blennorrhoe spielen neben der Spülung Sondendehnungen eine Rolle, weil vielfach oder fast stets Verengerungen dabei im Spiele sind. Von 15 solchen Fällen mußte Verfasser in zweien sogar zum Urethrotom greifen. Die Heilungsdauer der chronischen Prozesse ist 3—6 Monate. Dann ist aber auch wirkliche klinische wie bakteriologische Heilung vorhanden.

5. **Circumcision bei entzündlicher und Schanker-Phimose,** von Charles C. Miller-Chicago. Die Abhandlung bildet eine klinische Vorlesung vor den Studierenden des Harvey Medical College und bietet nur Bekanntes.

6. **Blennorrhoea profunda,** von W. H. Whitehead-Atlanta. Kurzer Überblick über die Komplikationen in den Anhangsgebilden der Urethra des Mannes bei Tripper und therapeutische Erwägungen bekannter Natur.

7. **Die Fischbehälter von Hawai als Verbreiter der Lepra,** von Albert S. Ashmead. Der Verfasser gibt in seiner Mitteilung eine Reihe von Abbildungen Lepröser wieder und legt seine Ansicht dar, daß die Lepra durch die Moskitos übertragen wird. Denn in den Gegenden, wo viele Lepröse leben, gibt es auch viele Moskitos. (Wie steht es da mit Norwegen? D. Ref.) Ferner gibt es in Japan die Sitte, Fische roh zu essen, und diese Fische leben zum großen Teil von Moskitos. Auch dadurch ist die Lepra indirekt übertragbar. Therapeutisch hält Ashmead die Milchdiät für das beste Mittel.

8. **Die Beziehungen des Ekzems zu Gewebsreaktionen und Änderungen der Konstitution,** von Samuel Rothschild-St. Louis.

9. **Tripperrheumatismus,** von W. U. Kennedy-St. Louis. Beide Mitteilungen bringen nichts Neues. *Hopf-Dresden.*

The British Journal of Dermatology.

Band 16. April 1904.

I. **Das erythrodermische Stadium der Mykosis fungoides und die Wirkung der X-Strahlen,** von W. A. Jamieson und L. H. Huie-Edinburgh. Die 49jährige, bis dahin stets gesunde Patientin bekam vor ca. sechs Jahren am Thorax, nahe der Achselhöhle, zwei kleine, rosenrote, nicht erhabene, stark juckende Flecke und später andere ähnliche an verschiedenen Teilen des Körpers. An einzelnen Stellen pflegte die Haut sich zu verdicken, dann blaß zu werden und abzuheilen. Im weiteren Verlaufe bedeckten sich die Flecke mit weißlichen, festhaftenden Schuppen. Zu einem spontanen, vollständigen Verschwinden von Efflorescenzen kam es später nicht mehr, wohl blaßten sie etwas ab und wurden flacher. Während der letzten vier Jahre traten zeitweilige erbsen- bis bohnengroße Blasen auf. Seit einem Jahre etwa

hat die Affektion auch das Gesicht und die Kopfhaut befallen. Die Blasen trocknen nach Entleerung des weifslichen, serösen Inhalts zu einer Kruste ein.

Die Hals- und Leistendrüsen sind vergrößert.

Infolge des intensiven Juckreizes litt das Allgemeinbefinden der Patientin. Sie klagte über Schlaflosigkeit, Mattigkeit und Appetitlosigkeit.

Ehe die X-Strahlenbehandlung eingeleitet wurde, wurde behufs histologischer Untersuchung ein Stück erkrankter Haut exzidiert, ein zweites, diesem nahe gelegenes nach Beendigung der X-Strahlenbehandlung.

Die ganze Körperhaut wurde den Röntgenstrahlen exponiert, und zwar dauerte jede Sitzung 35 Minuten. Das zu bestrahlende Gebiet wurde in sieben Bezirke eingeteilt, und jeder Bezirk in einer Entfernung von 10—6 Zoll fünf Minuten lang exponiert. Nach zwei Monaten waren mit Hinterlassung einer schwachen Pigmentation die erkrankten Stellen verschwunden. Ein späterer Rückfall wurde wiederum unter der X-Strahlenbehandlung günstig beeinflufst. Die Patientin ist nunmehr von ihrer Affektion befreit.

Im folgenden werden die Resultate der histologischen Untersuchung vor und nach der Behandlung mitgeteilt.

Die hervorstechendsten histologischen Merkmale nach der Behandlung waren:

1. Schwund des Granuloma und der Infiltration.

2. Schwund des Ödems und der Hyperämie.

3. Regeneration des normalen Coriumgewebes, sowohl des Kollagens, wie der elastischen Fasern.

Bei einem zweiten mitgeteilten Falle von Mykosis fungoides im Tumorenstadium konnte wegen des schweren Zustandes des Patienten die X-Strahlenbehandlung nicht zur Anwendung gebracht werden. Der Fall verlief rapid letal.

In dem histologischen Bilde eines post mortem exzidierten Tumors ist von Interesse der Befund einer enormen Menge von Plasmazellen in den Lymphdrüsen. Die Lymphgänge waren von ihnen gespickt voll, so dafs die Verfasser sich kaum des Eindruckes erwehren konnten, dafs die Plasmazellen metamorphosierte Lymphocyten seien.

II. **Ein Fall einer eigentümlichen Affektion der Lippenschleimhaut**, von J. M. H. Macleod. Wenn man die 30jährige Patientin in einer Entfernung von etwa 5 Fufs betrachtete, so bemerkte man auf der Schleimhaut der Oberlippe einen schwach gelblichweifsen, schmalen Streifen, der sich nach beiden Mundwinkeln hin ein wenig verbreiterte. Beim Öffnen des Mundes sah man den Streifen auch auf die Unterlippe nach beiden Seiten hin sich ausdehnen. Er war vollständig symmetrisch und machte den Eindruck, als ob er künstlich durch Aufpinseln mittels einer in eine dünne, fahlgelbe Farbflüssigkeit getauchten Bürste aufgetragen worden wäre.

Bei genauer Besichtigung des Streifens konnte man wahrnehmen, dafs er sich aus einer grofsen Zahl kleiner, unregelmäfsig begrenzter, verschieden grofser, gelblichweifser, flacher, tief im Epithel gelegener Gebilde zusammensetzte. Die Mundschleimhaut sonst zeigte keine abnorme Veränderung. Seit zwei Jahren besteht die Affektion, ohne dafs es trotz Anwendung der verschiedensten Mittel, zuletzt auch der Radiumbestrahlung, gelungen ist, sie zu beseitigen.

Verfasser erinnert an einen analogen, von Fordyce publizierten Fall, bei welchem sich histologisch die Affektion als das Resultat einer degenerativen Veränderung des Epithels erwiesen hat. *C. Berliner-Aachen.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Band XXII. April 1904.

I. **Symmetrische Hautatrophie unter gleichzeitiger Entwicklung von syphilitischen Erscheinungen der Haut und des Nervensystems**, von J. A. Fordyce - New York. Eine 40jährige, nervöse, häufig psychisch deprimierte Frau bekam vor 2½ Jahren zuerst am linken Handrücken, dann am linken Fuſs und Knöchel, später an der rechten unteren Extremität, schlieſslich auch an den Armen unregelmäſsig abgerundete, rote, schuppende Stellen. Einige kleinere, ähnlich beschaffene Flecken erschienen an der Oberlippe, am linken Ohrläppchen und unterhalb der linken Brust. Diese letzteren sind nach einiger Zeit spontan verschwunden, ohne Spuren zu hinterlassen, die ersteren dagegen machten einen atrophischen Prozeſs durch, und zwar in der Weise, daſs der zentrale Teil abblaſste, sich zurückbildete, atrophisch weiſs wurde, während eine peripherische Zone bräunlich pigmentiert blieb. Der Ausbruch einer Efflorescenz pflegte mit Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit einherzugehen. Etwa ein Jahr später erkrankte die Patientin mit Nervenerscheinungen, die als luetischer Natur erkannt wurden (Ptosis, Doppeltsehen, nächtliche Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Hemiplegie). Später traten typische serpiginöse und ulcerative Syphilide auf. Unter einer langdauernden Quecksilber- und Jodkur besserten sich nach und nach alle Erscheinungen. Nur die Handrücken behielten noch ihre stark rote Farbe und zeigten besonders deutlich den runzeligen, atrophischen Zustand.

Verfasser teilt die Ergebnisse der histologischen Untersuchung von Efflorescenzen älteren und jüngeren Datums mit. Ein Stück Haut im vorgeschritteneren Stadium der Affektion zeigte eine atrophische Epidermis, deren interpapilläre Zapfen vollständig fehlten, deren Rete nur aus 3—4 Lagen von Stachelzellen bestand. Das Stratum corneum war ganz atrophisch und zeigte nur hier und da noch schwache Überreste.

Was die Deutung des Falles betrifft, so hält Verfasser es für wahrscheinlicher, daſs eine einzige Ursache, und zwar die Syphilis, mehr oder weniger, direkt oder indirekt, an allen Erscheinungen schuld sei. Dafür sprechen besonders die für Syphilis so typischen Veränderungen der Blutgefäſse im Bereiche der atrophischen Stellen. Die Fälle sind nicht mehr so selten, wo luetische Gefäſsveränderungen zu gangränösen Geschwüren, ja sogar zur Raynaudschen Krankheit geführt haben.

II. **Ein Fall von chronischer, symmetrischer, diffuser Hyperämie der Extremitäten (Erythromelie)**, von H. G. Klotz - New York. Bei dem 41jährigen, sonst, wie es scheint, gesunden Manne begann vor 8—10 Jahren die Haut aller Extremitäten, mit Ausnahme der Handteller und Fuſssohlen, sich allmählich in peripherischer Ausdehnung diffus zu röten. Das Fehlen jeder lokalen Temperaturerhöhung, jedes Ödems und jeglicher Sensibilitätsstörung läſst darauf schlieſsen, daſs es sich um eine rein passive Hyperämie handelt. Auf Druck verschwindet die dunklere Farbe vollständig, um sofort nach Entfernung des Druckes wiederzukehren. Innerhalb des hyperämischen Bezirkes findet man die Epidermis, namentlich ihr Stratum corneum, in verschiedenem Grade verändert, von einer leichten Trockenheit mit feiner, kleienförmiger Abschuppung bis zur Bildung steifer, horniger, den Fischschuppen ähnelnder Lamellen, mit anderen Worten, man findet fast jedes Stadium der Hyperkeratosis von einer leichten Verdickung bis zu wirklichen ichthyotischen Formen. Die Cutis selbst scheint keine Veränderungen erlitten zu haben. Trotz des langbestehenden Prozesses läſst sich ein Übergang in Atrophie nicht wahrnehmen. Wahrscheinlich besteht eine ätiologische Beziehung zwischen der Hyperämie und der Hyperkeratosis.

Wegen der Beschaffenheit der Epidermis hat der Patient das Gefühl der Spannung und Trockenheit. Die Beweglichkeit der Fingergelenke ist herabgesetzt, aber nirgends

findet man trotz der trockenen, gespannten Haut irgendwelche Rhagaden oder Fissuren. Die Finger- und Zehennägel sind nicht in Mitleidenschaft gezogen.

Verfasser vergleicht seinen Fall mit analogen Fällen in der Literatur.

III. **Pityriasis rosea**, von H. P. Towle - Boston. Verfasser hat aus der dermatologischen Abteilung des „Massachusetts General Hospital" 158, aus der Privatpraxis von Dr. J. T. Bowen 44 Fälle von Pityriasis rosea gesehen und analysiert. In jedem einzelnen Falle wurden, soweit dies möglich war, der Charakter der Efflorescenzen, ihre Verteilung, die Anwesenheit einer Plaque primitive, die Zeit des Auftretens, das Geschlecht und das Alter der Patienten, die Prodromalerscheinungen, die Anzeichen einer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, das Vorhandensein von Jucken, die Rezidive, die Rasse, die Berufstätigkeit der Patienten genau notiert. In fünf Fällen wurde das Blut untersucht, in zwei Fällen eine histologische Untersuchung gemacht.

Die Pityriasis rosea kam in zwei Formen vor, einer makulösen und einer circinierten mit ungefähr gleicher Häufigkeit. Bei der makulösen Form waren die Efflorescenzen rundlich, verschieden grofs, von Stecknadelkopf- bis Fingernagelgröfse schwach oder gar nicht erhaben, blafsrot oder rosig, fein, aber nicht reichlich schuppend. Bei der circinierten Form waren die Efflorescenzen gröfser, mit einem helleren Zentrum von hellbrauner oder Waschlederfarbe und einer deutlich markierten Randzone und ausgesprochener Schuppenbildung. Bisweilen konfluieren die Efflorescenzen und bedecken grofse Flächen.

Der Ausschlag befällt am öftesten den Stamm und die oberen Teile der Extremitäten, gelegentlich ist er auf einen Teil beschränkt. Die Plaque primitive ist nicht immer vorhanden. Die Krankheit tritt am häufigsten in den Herbstmonaten auf und wird öfter bei männlichen als bei weiblichen Personen angetroffen. Wenngleich die Krankheit jedes Alter befallen kann, so steht doch die Mehrzahl der Patienten zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre. Prodromalerscheinungen oder Störungen des Allgemeinbefindens kommen für gewöhnlich nicht vor. Jucken kann vorhanden sein oder fehlen. Rezidive sind selten. Die Rasse wie die Beschäftigung haben keinen Einfluss auf das Auftreten der Affektion. Das Blut zeigt gewisse Veränderungen, die jedoch nicht charakteristisch zu sein scheinen.

Histologisch sind die hauptsächlichsten Veränderungen in der Cutis zu finden.

C. Berliner-Aachen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1904. Heft 3 und 4.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparates: III. Tuberkulose der Blase, von Noël Hallé und Boleslas Motz. Nachdem die Verfasser im Jahrgange 1902 der *Ann. génito-urin.* die Tuberkulose der Pars anterior urethrae und im Jahrgange 1903 die Tuberkulose des hinteren Harnröhrenabschnittes, der Prostata und der Samenblase beschrieben haben, bringen sie nunmehr, gestützt auf die einzeln mitgeteilten Befunde, die sie bei der eingehenden Untersuchung von 50 anatomischen Präparaten der Guyonschen Sammlung erhoben, eine ausführliche, mit zahlreichen Abbildungen versehene Darstellung der Tuberkulose der Blase. Sie teilen das untersuchte Material in drei Gruppen, die natürlich nicht scharf getrennt sind, sondern ineinander übergehen. Die erste Gruppe stellt die Anfangsperiode dar; in dieser finden sich Granulationen und circumskripte, oberflächliche, auf Mucosa und Submucosa beschränkte Ulcerationen, sowie eine reaktive Entzündung in der Umgebung der Geschwüre. Die Läsionen sind am häufigsten und am ausgeprägtesten in der Umgebung der drei vesikalen Orifizien. Die Muskulatur ist im Anfangsstadium

bereits hypertrophisch, die Blasenwand daher im ganzen verdickt, die Kapazität der Blase normal oder verringert. — Die zweite Gruppe umfaßt das Höhenstadium, die Ulcerationen haben sich über die ganze Schleimhaut oder wenigstens über ihren größten Teil ausgedehnt und haben zudem die innere oder innere und mittlere Muskelschicht ergriffen. Bei diesen tiefgreifenden Ulcerationen lassen sich drei Typen unterscheiden: 1. die gewöhnlichen Ulcerationen, die in ihrem Aussehen den typischen tuberkulösen Schleimhautulcerationen entsprechen; 2. die netzförmigen Ulcerationen, bei denen die innere Oberfläche der Blase eine feine, netzförmige Streifung aufweist. Die Streifen werden gebildet durch Muskelbündel, die von der Geschwürsbildung verschont geblieben sind, Mucosa und Submucosa sind bereits vollständig zerstört, dieser Typus repräsentiert also ein weiter vorgeschrittenes Stadium als die gewöhnlichen Ulcerationen; 3. die mit Bildung von Wucherungen einhergehenden Ulcerationen. Die Wucherungen bestehen entweder nur aus embryonärem Bindegewebe und neugebildeten Gefäßen, oder aus Muskelbündeln an der Basis und jungem Bindegewebe und jungen Gefäßen im oberen, in das Blasenlumen vorspringenden Teil oder lediglich aus Muskelnbündeln, die von den in den Interstitien in die Tiefe fortschreitenden Ulcerationen verschont geblieben sind. In allen Fällen von Tuberculosis vesicae vegetans finden sich an den erhaltenen Teilen der Blasenwand alte sklerotische Erscheinungen, die unter den Wucherungen liegenden Schichten sind gewöhnlich vollständig frei von tuberkulösen Läsionen. — Die Kapazität der Blase ist im zweiten Stadium meist vergrößert, die Blasenwand an einzelnen Stellen verdickt, an anderen verdünnt und stets auffallend hart und rigide; am weitesten vorgeschritten sind die Veränderungen in allen Fällen in der Nähe der Mündung der Uretheren oder der Urethra. — Zur zweiten, das Höhenstadium bildenden Gruppe gehören auch die Fälle von diffuser, käsiger Infiltration der Blasenwand; die innere Oberfläche der Blase zeigt sich makroskopisch bedeckt von einer dicken Schicht einer käsigen Masse, die mikroskopische Untersuchung ergibt eine dichte, käsige Infiltration der ganzen oder fast der ganzen Blasenwand, von der normalen Struktur ist nichts mehr zu erkennen. — Die dritte Gruppe endlich umfaßt das Endstadium: Mucosa und Submucosa sind vollständig zerstört, und auch die Muscularis ist, allerdings nicht durch ein Übergreifen des tuberkulösen Prozesses selbst, sondern durch eine Myositis, die zur Atrophie und Resorption des Muskelgewebes geführt hat, ganz oder zum größten Teil zugrunde gegangen. Im wesentlichen wird nunmehr die Blasenwand gebildet durch eine fibröse, von Fettgewebe umgebene Schicht. Manchmal finden sich auf und in dieser fibrösen Wand, sowie auch in dem Fettgewebe noch tuberkulöse Knötchen oder verkäste Herde, in anderen Fällen aber ist der tuberkulöse Prozeß vollständig erloschen und die Blasenwand frei von tuberkulösen Erscheinungen und auf ihrer Innenseite von einer Lage jungen, gefäßreichen Bindegewebes ausgekleidet. Die Kapazität der Blase ist beträchtlich vergrößert, die dünne Wand anfangs rigide und hart, später schlaff und brüchig. Die großen Gefäße, die sich in der normalen Blase nach außen von der Muscularis befinden, liegen entweder ganz frei auf der inneren Oberfläche der Blase, oder sie sind lediglich von dem neugebildeten Bindegewebe bedeckt, ihre Wandungen sind infolge von sekundärer Periarteriitis und Periphlebitis verdickt. — In allen Fällen von tiefgreifender Tuberkulose der Blase finden sich auch perivesikale Veränderungen, sei es in Form einer circumskripten oder diffusen Verdickung der äußeren fibrösen Schicht und der Fettkapsel, oder in Form einer adhäsiven Pericystitis. Auch eitrige Pericystitiden und kalte perivesikale Abscesse kommen vor. — Als Komplikationen der Blasentuberkulose sind zu betrachten Sekundärinfektionen der Blase, die das Bild der interstitiellen phlegmonösen Cystitis erzeugen können, und Übergreifen der Tuberkulose auf das Peritoneum.

Auf Grund ihrer Befunde geben die Verfasser, nachdem sie die anatomischen Veränderungen im einzelnen beschrieben, eine zusammenhängende Schilderung der pathologischen Anatomie der Blasentuberkulose und besprechen dann die Pathogenese, Entwicklung, Verlauf und Dauer der Affektion, ihre verschiedenen klinischen Formen, die Beziehungen zwischen den klinischen Symptomen und den anatomischen Läsionen, und zum Schluſs in aller Kürze die Therapie, für welche in erster Linie die Pathogenese von Bedeutung ist. Die Untersuchungen der Verfasser haben nämlich gleich den Untersuchungen anderer Autoren ergeben, daſs die Blasentuberkulose niemals primär sondern nur sekundär bei Tuberkulose der Nieren oder Tuberkulose der Prostata und der Hoden vorkommt. Daraus resultiert für die Behandlung der Blasentuberkulose natürlich die Notwendigkeit, die primären Herde zur Heilung zu bringen oder eventuell zu beseitigen.

1904. Heft 5.

1. **Die Polypen der Urethra des Weibes, ihre Natur und ihre Ursachen,** von Raymond Grégoire. Über die Natur und die Ursachen der polypösen Tumoren, wie sie sich ziemlich häufig in der Urethra des Weibes, namentlich im Orificium externum finden, herrscht zurzeit unter den Autoren noch keine Einigkeit. G. hat nun eine Reihe von Polypen, die am Orificium externum der Urethra bei Weibern saſsen, histologisch untersucht; seinen Befunden zufolge sind diese Tumoren Papillome mit ungewöhnlich starker Vaskularisation, sie verdienten den Namen „angiomatöse Papillome“. Als Ursachen der Geschwulstbildung kommen hauptsächlich chronische Entzündungen der Urethralschleimhaut, und zwar sowohl blennorrhoische wie andersartige, in Betracht. Wenn die Polypen zumeist am oder dicht hinter dem Orificium sitzen, so hat das darin seinen Gund, daſs die Harnröhrenmündung der engste Teil der Harnröhre des Weibes ist, und daſs infolgedessen die entzündlichen Sekrete hinter dem Orificium stagnieren; dadurch aber wird eine Veränderung in der Struktur der Urethralschleimhaut erzeugt. — Warum die Polypen der Harnröhrenmündung des Weibes so überaus gefäſsreich sind, dafür liefert wohl die Embryologie die richtige Erklärung: das Orificium externum der Urethra des Weibes ist nämlich von einem Corpus spongiosum umgeben, das allerdings zumeist atrophisch ist, aber doch zuweilen auch die der Corpora spongiosa des Mannes eigentümliche gefäſsreiche Struktur aufweist.

Aus der Schilderung der klinischen Erscheinungen, die G. der Besprechung der pathologischen Anatomie und Ätiologie vorausschickt, ist hervorzuheben, daſs er in zwei Fällen Gangrän der Polypen beobachtet hat.

2. **Behandlung der Harnröhrenstrikturen ohne Druck auf die anliegenden gesunden Teile der Harnröhrenwand, Dilatation der Ureteren,** von Bakaleinik-Kiew. B. empfiehlt zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen einen Dilatationsapparat, der nach dem Prinzip der hydraulischen Pressen konstruiert ist. Er besteht aus einem elastischen Gummischlauch, dessen inneres, geschlossenes, in die Urethra einzuführendes Ende in einer Ausdehnung von 3 cm entweder dünnere Wandungen oder bei gleich dicken Wandungen ein weiteres Lumen besitzt als der übrige Teil des Schlauches. Wird nun der Schlauch mit Wasser gefüllt und auf die Wassersäule ein Druck ausgeübt, so erweitert sich das innere Ende zu einer Art Olive, deren Gröſse mit dem Druck wächst; der Rest des Schlauches wird dabei dicker, verändert aber seine röhrenförmige Gestalt nicht. Zur Erzeugung des Druckes dient eine Stempelspritze, die am äuſseren Ende des Schlauches aufgesetzt wird, durch Umdrehungen des Stempels wird der Druck verstärkt; der Grad der Erweiterung des Schlauchendes läſst sich an den am Spritzendeckel angebrachten Zahlen ablesen. Zur Dilatation von Strikturen wird der Schlauch gefüllt soweit eingeführt, daſs das innere Ende in der

verengten Partie zu liegen kommt, dann erst wird dieses Ende durch langsame Steigerung des Druckes zur gewünschten Gröfse gebracht. Die Schläuche werden in verschiedener Stärke hergestellt; zur Behandlung ganz enger Strikturen dient ein dünnwandiger, kleinkalibriger Schlauch, der mit einer fadenförmigen Leitsonde versehen ist, zur Behandlung sehr harter und fester Strikturen ein Schlauch, dessen Gummi nur am inneren Ende elastisch, im übrigen aber durch Vulkanisation gehärtet ist. Der Apparat hat den grofsen Vorzug, dafs die Dilatation auf die verengten Partien beschränkt werden kann; seine Anwendung verursacht keine Schmerzen, eine Infektion des Blasenhalses ist ausgeschlossen; endlich ermöglicht der Apparat sowohl die Diagnose, wie die Dilatation einer Striktur, ohne dafs zwei und mehr Instrumente eingeführt werden müssen, wie das bei der Untersuchung und Behandlung mit Bougies notwendig ist. Aufser zur Diagnose und Behandlung von Harnröhrenstrikturen ist B.s Dilatator auch zur Massage der Prostata und der urethralen Drüsen und zur Beseitigung stagnierenden Sekretes in Fällen von chronischer Urethritis brauchbar; zu diesem Zwecke wird das innere Schlauchende bis an den Blasenhals eingeführt, erweitert und dann langsam herausgezogen. Endlich läfst sich der Apparat auch zur Dilatation der Ureteren und infolgedessen auch zur Beseitigung von Steinen, die in den Ureteren eingeklemmt sind, verwenden; die Einführung in einen Ureter kann natürlich nur mit Hilfe des Cystoskops geschehen.

3. **Beniquéscher Spülkatheter**, von J. de Sard. S. hat zu Spülungen der Pars posterior urethrae einen neuen Beniquéschen Katheter konstruiert, der sich in der Praxis sehr gut bewährt. Das innere Ende des Katheters hat die zylindrische Form und die Krümmung der Beniquéschen Bougies, 5 cm unterhalb des inneren Endes beginnen auf der äufseren Oberfläche vier tiefe Rinnen, die sich über die ganze Länge des Schaftes hinziehen und durch Scheidewände mit abgerundeten Rändern voneinander getrennt sind. Dicht über dem Anfang jeder Rinne befindet sich eine kleine Öffnung, durch welche die Spülflüssigkeit den Katheter verläfst. Das äufsere Ende trägt ein abnehmbares Ansatzstück, durch welches der Katheter mit dem Irrigatorschlauch verbunden wird. — Das Instrument wird von Gentile in Paris in vier verschiedenen Stärken hergestellt.

1904. Heft 6.

1. **Die Torsion des Samenstranges**, von J. Vanverts-Lille. V. hat aus der gesamten Literatur — einschliefslich eines von ihm selbst beobachteten und beschriebenen Falles — Mitteilungen über 44 Fälle von Torsion des Samenstranges gesammelt; er hat aufserdem, um über die Entwicklung der Läsionen Klarheit zu gewinnen, Versuche an zwölf Hunden angestellt und hat die Details, die in den 44, am Schlusse der Arbeit einzeln angeführten Beobachtungen enthalten sind, und die Ergebnisse seiner eigenen, sowie der von drei anderen Autoren vorgenommenen Versuche zu der hier vorliegenden, monographischen Darstellung der immerhin seltenen Affektion verarbeitet. V.s Ansichten unterscheiden sich in zwei Punkten, bezüglich der Entwicklung der Veränderungen und hinsichtlich der Therapie, von den Anschauungen der anderen Autoren, die sich mit dem Gegenstand beschäftigt haben. Über die pathologisch-anatomische Entwicklung äufsert sich V. in folgender Weise: Die Torsion des Samenstranges verursacht infolge der Hemmung des venösen Abflusses eine Blutstauung im Hoden und Nebenhoden, die sehr bald zu einer interstitiellen Blutung führt; die unabwendbare Folge dieser Blutung ist die aseptische Gangrän der beiden Organe Aber auch mortifiziert werden Hoden und Nebenhoden von den Geweben gut vertragen, und es kommt, von Ausnahmen abgesehen, zu keinerlei Störungen. Die Lösung der Torsion erfolgt in ungefähr 25% der Fälle spontan, und zwar tritt sie wenige Stunden nach dem Beginn der Krankheitserscheinungen ein. Da zu dieser

Zeit Hoden und Nebenhoden noch im Zustande der einfachen Kongestion sich befinden, so ist in diesen Fällen vollständige Heilung die Regel. Einem ersten Anfalle folgen sehr häufig weitere gleich schwere oder noch schwerere Anfälle, die Wiederholungen können zur Atrophie des Hodens und Nebenhodens führen.

Die therapeutischen Indikationen sind nach V. folgende: Handelt es sich, was für 50% der Fälle zutrifft, um einen ektopierten Hoden, so ist eine Lösung der Torsion durch äufsere Handgriffe unmöglich, es mufs, und zwar in den ersten Stunden, operiert werden. Läfst sich der Hoden nach Lösung der Torsion nicht in das Skrotum hinein verschieben, so wird er abgetragen. Dauern die Erscheinungen schon länger als 24 Stunden, so ist die Entfernung des ektopierten Hodens unter allen Umständen indiziert. — Anders ist das Verhältnis, wenn es sich um einen an normaler Stelle befindlichen Hoden handelt. Man wird dann in den ersten Stunden eine Lösung der Torsion auf unblutigem Wege durch äufsere Handgriffe versuchen, und erst wenn das nicht gelingt, zur Operation schreiten, und zwar kann man den Hoden, wenn sich nach der Lösung seine Farbe rasch bessert, erhalten, man wird ihn jedoch mit zwei Katgutnähten am Skrotum fixieren. Wird er dagegen nach vorgenommener Detorsion nicht sehr bald blasser, so mufs er abgetragen werden. Kommt der Arzt zu einer Torsion, die schon länger als 24 Stunden besteht, so ist es am besten, jeden Eingriff zu unterlassen; nur wenn schwere entzündliche Erscheinungen sich einstellen, dann mufs auch in solchen alten Fällen operiert werden, und zwar kommt dann nur die Kastration in Frage. Bei rezidivierenden Torsionen ist, womöglich in der anfallsfreien Zeit, die vollständige Detorsion und die Fixation des Hodens am Skrotum vorzunehmen.

2. **Voluminöser Tumor des Skrotums (cystisches Lymphangiom)**, von Gaudier-Lille. G. fand bei einem dreijährigen Knaben, der nach Angabe seiner Eltern bereits mit einem vergröfserten Hodensack auf die Welt gekommen war, in der linken Hälfte des stark ausgedehnten Skrotums eine faustgrofse, eiförmige, nicht transparente Geschwulst, die bei Berührung grofse Schmerzen verursachte und an ihrem unteren Pole mit der Skrotalhaut verwachsen war. Die Konsistenz war an den verschiedenen Stellen ganz verschieden, einzelne Partien waren weich, andere derb, an einer Stelle fühlte man Fluktuation. Ebenso unregelmäfsig und ungleichmäfsig war auch die Oberfläche der Geschwulst. Der linke Hoden war stark nach oben gedrängt, Drüsenschwellung bestand nicht, die inneren Organe waren gesund. Der Tumor wurde exstirpiert und erwies sich als multilokuläres, cystisches Lymphangiom (seröse, kongenitale Cyste). — Während solche kongenitale cystische Lymphangiome nicht selten an anderen Körperregionen, insbesondere am Hals, in der Achsel und in der Kreuz-Steifsbeingegend, gefunden werden, ist der hier beschriebene Fall hinsichtlich der Lokalisation ein Unikum. *Götz-München.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.
1904. Heft 2.

1. **Brocqs Ideen über die dermatologische Klassifizierung. Die Frage bezüglich der „Hautreaktionen"**, von Leredde. Brocq hat vor mehr als zwei Jahren eine Einteilung der Hautkrankheiten in folgende neun Klassen vorgeschlagen: 1. Die reinen Hautreaktionen (Urticaria, Erythem, Ekzem, Lichen, Dermatitis herpetiformis, Prurigo, Psoriasis usw.); 2. die durch banale Mikrobien erzeugten bakteriellen Dermatosen (Furunkel, Folliculitis, Akne, Impetigo, Ichthyosis usw.); 3. die durch spezifische Mikrobien erzeugten bakteriellen Dermatosen (Lepra, Tuberkulose, Rotz usw.); 4. die durch pflanzliche Parasiten und 5. die durch tierische Parasiten erzeugten Der-

matosen; 6. die durch äufsere Ursachen und 7. die durch innere Ursachen hervorgerufenen artifiziellen Eruptionen; 8. die Eruptionen trophischer Natur, die reflektorischen und durch Veränderungen innerer Organe entstandenen Eruptionen; 9. die Mifsbildungen der Haut. Gegen diese Einteilung nimmt L. Stellung, und insbesondere erklärt er sich mit Entschiedenheit dagegen, dafs eine grofse Reihe von Hautkrankheiten, die in ihrem Wesen völlig voneinander verschieden sind, als „Hautreaktionen (réactions cutanées)" in eine Gruppe zusammengefafst werden, weil bei ihnen die individuelle Prädisposition eine wesentliche Rolle spielt.

2. **Die durch Kryptogamen hervorgerufenen Krankheiten der behaarten Kopfhaut und die Röntgenstrahlen**, von R. Sabouraud und H. Noire. S. hat bisher 100 Fälle von Trichophytosis tonsurans und Favus mit Röntgenstrahlen behandelt und ist mit den erzielten Erfolgen sehr zufrieden. Bei dem Apparat, den er gebraucht und den er ebenso wie seine Technik in der vorliegenden Arbeit genau beschreibt, sind alle modernen Hilfsmittel der Radiographie, insbesondere die regulierbare Röhre Villards, der Spintermeter Béclères, der Radiochromometer Benoists und der Chromoradiometer Holzknechts in Anwendung gebracht. Die Erfahrungen, die S. bis jetzt gesammelt, haben ihn zur Aufstellung folgender therapeutischer Formel geführt: „Um einen Trichophytosis- oder Favusherd zur Heilung zu bringen, mufs man ihn in einer Entfernung von 15 cm vom Zentrum einer Villardschen Röhre, deren konstante Resistenz einen halben Zentimeter Funkenlänge des Spintermeters und der vierten Abteilung des Radiochromometers entsprechen soll, solange exponieren, bis die erzeugten Röntgenstrahlen $4^1/_2$—5 Holzknechtsche Einheiten H zustande gebracht haben." Wird dann durch einen um die Röhre gelegten Blechmantel dafür Sorge getragen, dafs nur die erkrankte Partie bestrahlt wird, dann kommt die Enthaarung ohne alle unangenehmen Nebenwirkungen zustande. Täglich werden 1—2 Sitzungen vorgenommen, in jeder Sitzung wird ein Herd von 8—9 cm Durchmesser bestrahlt. Etwa am siebenten Tage nach der Bestrahlung zeigt sich an der betreffenden Partie ein leichtes Erythem, das nach vier Tagen wieder verschwindet und von einer ganz unbedeutenden Pigmentierung gefolgt ist. Am 14. Tage beginnt dann der Haarausfall, der durch täglich wiederholte Abseifung an der Kopfhaut beschleunigt werden kann, und nach wenigen Tagen ist die Stelle völlig kahl. Um eine Reinfektion zu verhüten, mufs während der ganzen Zeit der Behandlung bis zur völligen Enthaarung aller erkrankten Stellen täglich 20%ige alkoholische Jodtinkturlösung in die Kopfhaut eingerieben werden. Das Nachwachsen der Haare wird gewöhnlich 7—12 Wochen nach der Epilation bemerkbar. Wenn bisher bei der Behandlung des Favus und der Trichophytosis mit Röntgenstrahlen in 5—10% der Fälle Mifserfolge erzielt worden sind, so liegt das hauptsächlich daran, dafs entweder die Enthaarung an irgendeiner erkrankten Stelle nicht vollständig, oder dafs ein Krankheitsherd übersehen war, oder dafs es im Verlaufe der Bestrahlungen zu einer Reinfektion kam.

2. **Die Anwendung der Elektrotherapie bei Dermatosen im 18. Jahrhundert**, von Donat. Der Artikel wird fortgesetzt.

1904. Heft 3.

1. **Die Frage bezüglich der „Übergangsformen"**, von Lebredde. Anknüpfend an eine vor ca. einem Jahre veröffentlichte Arbeit Brocqs spricht sich L. dahin aus dafs es Übergangsformen zwischen Dermatosen, die in ihrem Wesen und ihrer Natur verschiedener Art sind, nicht gibt.

2. **Über einen Fall von multiplen, geschwulstähnlichen, aus Aknepusteln hervorgegangenen Keloiden**, von L. E. Lebredde und L. M. Pautrier. Die Verfasser fanden bei einem jungen Mädchen, über die obersten Partien der Oberarme, die seitlichen, oberen Partien des Rückens und des Sternum verteilt, 18 Tumoren

von teils rundlicher, teils ovaler Form nnd verschiedener Größe; die kleinsten waren haselnußgroß, die größten 6 cm lang und 4 cm breit. Zum Teil von normaler, zum Teil von rosarot oder blaurot verfärbter Haut bedeckt, ragten sie $^1/_2$—1 cm weit über die umgebende Haut empor. Die kleinen und mittelgroßen Tumoren besaßen eine gleichmäßig glatte Oberfläche und gleichmäßig derbe Konsistenz; bei den großen war das Zentrum eingesunken und weich und darüber die Epidermis gefaltet, der periphere Teil dagegen glatt, vorgewölbt und hart. Die Geschwülste reichten nicht über das Corium hinaus, sie waren mit der Haut verschieblich und absolut unempfindlich. Brust und Rücken der Patientin wiesen zahlreiche Akneefflorescenzen auf. Die Anamnese ergab, daß die Affektion vor Jahren mit dem Auftreten kleiner, entzündlicher Schwellungen an beiden Vorderarmen begonnen hatte; die Schwellungen waren langsam größer geworden, es hatten sich neue gebildet, und alle wuchsen zu kleinen Geschwülsten an, die sich wohl durch Thermokauterisation beseitigen ließen, aber immer wiederkehrten und an Größe weiter zunahmen. — Die Verfasser deuteten die Tumoren als Keloide; allerdings lag nach ihrem Aussehen auch der Gedanke nahe, daß es sich um Unnasche Fibro-Xanthome handeln könne. Die histologische Untersuchung zweier, mit dem Messer entfernter Tumoren ergab, daß es wirklich Keloide waren. Zum Überflusse wurde das auch noch durch den Erfolg der Operation bestätigt: die Rezidive ließen nur einen Monat auf sich warten.

3. **Die Anwendung der Elektrotherapie bei Dermatosen im 18. Jahrhundert,** von Donat. Eine höchst interessante historische Studie, die sich jedoch zum Referate nicht eignet. *Götz-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Quecksilber bei Syphilis: seine hypodermatische Anwendung gegenüber anderen Methoden, von Eugene Fuller-New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 7. März 1903.) Empfehlung der Salicylquecksilberinjektionen als Ersatz oder zur Unterstützung der internen Behandlung. Die Inunktionsbehandlung kommt in dem Aufsatz ziemlich schlecht weg. *A. Loewald-Kolmar.*

Diagnose und Behandlung der Syphilis bei exotischen Völkern, von Jeanselme. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 3.) Auf der indochinesischen Halbinsel, in Yünnam und auf Java ist, wie J. selbst beobachtet hat, bei den Eingeborenen die extragenitale syphilitische Infektion ungemein häufig; es hängt das mit der Gewohnheit, nackt zu gehen, mit der großen Verbreitung der Moskitos und anderer die Haut verletzender Insekten, mit der Unsitte, die zum Essen dienenden Stäbchen und die Wasserpfeifen von Mund zu Mund wandern zu lassen, zusammen. Viel häufiger als in Europa kommt eine phagedänische Umwandlung der Initialsklerosen vor. Sekundäre Erscheinungen, Roseola, Plaques muqueuses, sind sehr selten; dagegen treten schon wenige Wochen nach der Infektion tuberkulöse Syphilide mit rupiaähnlicher Krustenbildung in großer Ausdehnung namentlich an den unteren Extremitäten, ferner Erkrankungen der Knochen und Gelenke mit heftigen Dolores osteocopi auf. Die Gelenkaffektionen stellen oft einen wirklichen syphilitischen Pseudorheumatismus dar. Nach Verlauf einiger Jahre kommt es dann zu ausgedehnten tubero-serpiginös-gummösen

Syphiliden und circumskripteren, aber tiefer gehenden Veränderungen der Knochen und Gelenke und in deren Gefolge zu schweren Verstümmelungen. Äufserst selten führt dagegen die Syphilis bei den Eingeborenen zum Tode; denn die Schleimhäute, die inneren und Sinnesorgane bleiben fast ausnahmslos verschont. Die parasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, Tabes und progressive Paralyse, scheinen überhaupt nicht vorzukommen, wohl aus dem Grunde, weil den Eingeborenen geistige Anstrengung, eine intensive Inanspruchnahme des Nervensystems fremd ist. Zur Behandlung eignen sich, da sowohl die Haut wie insbesondere auch der Magendarmkanal bei den Bewohnern der heifsen Länder sehr empfindlich ist und geschont werden mufs, lediglich die Quecksilberinjektionen. *Götz-München.*

Die Therapie der Syphilis, von F. Weiss-Budapest. (*Wien. med. Presse.* 1908. Nr. 32—34.) W. gibt einen Überblick über den heutigen Stand der Syphilisbehandlung und bekennt sich als Anhänger der chronisch-intermittierenden nach Fournier-Neisser. Für die beste Kur hält er die Einreibungskur, und zwar nach der alten Siegmundschen Methode. Els Ersatz kann gelten, das von Havass empfohlene Merkurocrême, das höchstens fünf Minuten Einreibungsdauer beansprucht. Die innere Medikation von Hg will W. nur dort angewendet wissen, wo soziale oder andere Verhältnisse den Patienten zwingen, längere Zeit aufser ärztlicher Beobachtung zu stehen, oder in sehr leichten Syphilisfällen. Auch die Injektionskur nimmt W. nur dann vor, wenn die Inunktionskur aus irgend einem Grunde unmöglich ist, und er bevorzugt dann eine 2—5%ige Sublimatlösung, von der jeden zweiten bis dritten Tag eine Pravazspritze injiziert. In einem Falle hatte er sogar eine 10%ige Sublimatlösung injiziert, ohne irgendwelche üble Folgen gesehen zu haben. In besonders schweren Fällen sind nach W.s Meinung die intravenösen Sublimatinjektionen am Platze. Die Injektionen mit anderen unlöslichen Salzen hält W. nicht für empfehlenswert, wegen der manchmal auftretenden üblen Nebenerscheinungen. Als das am wenigsten schmerzhafte und immer prompt wirkende Injektionsmittel empfiehlt W. das Hg succinimidatum in 2—4%iger Lösung in Verbindung mit Kokain. In der Frage, auf welchem Wege das Quecksilber bei der Einreibungskur in den Organismus gelangt, steht er auf dem Standpunkt, dafs ein Teil direkt durch die Haut geht, wenn auch die Hauptmenge durch die Lunge aufgenommen wird. Zur intermediären Kur wird die Resorptionskur mit Welanders Hg-Säckchen oder Blaschkos Merkolintschurz gute Dienste leisten; auch in der Kinderbehandlung ist sie von sehr guter Wirkung. W. erwähnt die von Riehl in seiner Arbeit: „Über den Einfluſs der Behandlung syphiliskranker Mütter" hervorgehobene günstige Wirkung, der mit Tampons an die Vaginalportion fixierten Quecksilberkugeln in Verbindung mit Allgemeinbehandlung. Für die schwerste Komplikation hält W. die Tuberkulose. Auch die Behandlung der Syphilis mit Kal. bichromicum durch Russovici erwähnt W.; die von Browning mittels subcutaner Injektion von salpetrigen Salzen hält W. besonders bei allen syphilitischen Erkrankungen der Arterien, bei allen syphilitischen Gehirnerkrankungen und speziell bei der späteren hereditären Form der Syphilis für angezeigt. Für ein gutes Ersatzmittel des Jodkaliums hält W. das 25%ige Jodipin, subcutan injiziert, weil es zwar langsam aufgenommen wird, aber auch noch wochenlang im Organismus nachzuweisen ist. Ferner kommt noch in Betracht als Ersatz für Jodkalium das Jodalbacid. Die Serumtherapie hat erst Aussicht auf Erfolg, wenn die Syphilisbazillen existieren.

Die Badekuren wirken günstig durch die Luftveränderung und die zeitweise Aufgabe der Berufstätigkeit, Schwitzkuren in den Bädern durch eine Ausscheidung der Bazillen oder Toxine mit dem Schweifse (? D. Ref.) oder Steigerung des Stoffwechsels. Hungerkur wie die Schrottsche Kur sind gänzlich zu verwerfen.

Putsler-Danzig.

Örtliche und allgemeine Behandlung der tertiären Syphilis mit Jodipin von R. Dunot. (*Ann. Policlin. centr.* Juli 1903.) Die Jodipinliteratur schwillt immer mehr und mehr an, ohne aber wesentlich Neues noch zu bieten. Auch Verfasser bestätigt nur nach seinen eigenen, nicht gerade reichlichen Erfahrungen die allgemein anerkannte günstige Wirkung des Jodipins. Besonderen Erfolg hatte er in einem Fall von hereditärer Syphilis, in welchem seit vielen Jahren ausgedehnte gummöse Ulcerationen der linken unteren Extremität bestanden; es wurden jeden zweiten Tag nur 3 ccm 25 %iges Jodipin in die Gegend der Ulcera eingespritzt, nach zehn Wochen war die Patientin fast geheilt. *A. Loewald-Kolmar.*

Die intramuskulären Quecksilbereinspritzungen bei Syphilis, von Trémolières. (*Presse méd.* 1903. Nr. 24.) Die Arbeit gibt im grofsen und ganzen ähnliche Resultate wie die vor kurzem an gleichem Orte besprochenen Untersuchungen Levi-Bings über die Injektionsmittel bei der Syphilistherapie. Im allgemeinen nichts Neues. *Hopf-Dresden.*

Die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Hydrargyrum bijodatum in wässriger Lösung, von A. Breton-Dijon. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 45.) Br. hat bisher 23 Syphilitiker, die mit den verschiedenartigsten luetischen Manifestationen behaftet waren, mit subcutanen oder intramuskulären Injektionen von Hydrargyrum bijodatum in wässriger Lösung behandelt. Die Resultate, die er damit erzielt, waren durchwegs vorzügliche, insbesondere wurden vier Fälle von Tabes, einen Fall von progressiver Paralyse und ein Fall von schwerer Neurasthenie und Cerebrasthenie auf luetischer Basis überraschend günstig beeinflufst. Die Injektionen wirken aufserordentlich rasch, verursachen nur geringe, kurzdauernde Schmerzen und sind im übrigen so gut wie unschädlich; nur in seltenen Fällen rufen sie ein rasch vorübergehendes Gefühl von allgemeinem Unbehagen oder leichten Unterleibskoliken mit unbedeutender Diarrhoe hervor. Kinder scheinen die Injektionen noch besser zu vertragen als Erwachsene. Br. injiziert im sekundären Stadium aller sechs Tage, bei tertiären Erscheinungen aller fünf Tage 0,06—0,08 g des Salzes; sobald eine wesentliche Besserung eingetreten ist, werden die Zwischenräume zwischen den einzelnen Einspritzungen auf 8—20 Tage ausgedehnt. Um eine vollständige Lösung des Quecksilbersalzes zu erzielen, setzt Br. dem Wasser stets einige Tropfen einer 25 %igen Jodkaliumlösung zu. *Göts-München.*

Die Einspritzungen von Quecksilberbijodür in wässriger Lösung in der Behandlung der Syphilis, von Emery und Druelle-Paris. (*Presse méd.* 1903. Nr. 12.) Die beiden Verfasser vergleichen das lösliche Quecksilberbijodür mit den beiden anderen meistgebräuchlichen Salzen, dem cyan- und benzoesaurem Quecksilber. Sie geben ersterem vor diesen beiden den Vorzug und halten es von allen löslichen Präparaten der Injektionstherapie für das brauchbarste, weil bestvertragene und in selbst hohen Dosen ungiftigste. Sie geben eine kurze Übersicht über die Fälle, in denen das Präparat erfolgreich zur Anwendung gelangte. So brachten zehn Einspritzungen zu 0,01 g Heilung einer grofsen zerfallenden Sklerose, und zwölf gleiche Injektionen Abheilung eines phagedänischen Geschwürs. Rapide Wirkungen erzielte die genannte Behandlungsweise bei den sonst doch als hartnäckig bekannten lichenoiden Syphiliden und akneförmigen Ausschlägen, sowie sonstigen sekundären Symptomen. Auch tertiäre Hauteruptionen schwanden nach 6—20 Injektionen, so eine Rupia nach sechs, eine tertiäre ulceröse Glossitis nach neun, und eine Osteoperiostitis nach 15 Einspritzungen. *Hopf-Dresden.*

Die Behandlung der Syphilis mit Jodklysmen, von M. v. Zeissl-Wien. (*Ärztl. Prax.* 1903. Nr. 16.) Bei Syphilitikern, die eine Jodmedikation vom Munde aus nicht vertragen, läfst sich das Mittel subcutan oder als Klysma verabreichen. In

ersterem Falle ist die verwendbarste Lösung eine Jodlithiummischung von 1 g auf 1 g Wasser. Bei strerilem Vorgehen treten hierbei nie Komplikationen auf. Für Jodlithium kann man auch Jodkalium oder Jodnatrium substituieren, das Jodipin enthält für obigen Zweck zu wenig Jod, im Maximum 25%. Welander wie Zeiss verwerfen es daher ebenso wie das Jodalbacid in seiner Wertigkeit gegenüber dem alten Jodkalium. Zum Klysma wird folgende Formel verwendet: Natr. jodat s. lith. jodat 2,0, Aq. dest. 30,0, Tinct. opii simpl. gtts. V. Diese Menge wird mit dem Nelatonkatheter dem Mastdarm einverleibt. Schon nach zehn Minuten läfst sich Jod auf der Zunge nachweisen. (Jodsilberschorf mit dem Lapis zu erzeugen.) Zeissl sah in zwölf Fällen unter dieser Art Jodtherapie, welche lange fortgesetzt wurde, starke Syphiliserscheinungen abheilen. *Hopf-Dresden.*

Über Behandlung schwerer Syphilisfälle mit Jothion, von J. Steiner. (*Orvosi-Hetilap.* 1903. Nr. 9.) In der Syphilistherapie haben aufser dem Quecksilber nur noch die Jodsalze eine spezifische Wirkung, von denen in der Regel das Jodkalium, seltener das Jodnatrium angewendet wird, während die anderen, sowie Jodammonium, Jodtinktur, Jodoform, Jodlithium und Jodrubidium kaum mehr therapeutisch verwendet werden. Das Jod, dessen spezifische Wirksamkeit hauptsächlich im tertiären Stadium der Syphilis sich äufsert, wird auch im Sekundärstadium als Hilfsmittel benutzt, oder wenn die Kranken genügende Quantitäten von Quecksilber aufgebraucht haben, oder bei Lues maligna, bei im Frühstadium auftretenden Knochengelenk- oder Nervenleiden. Nachdem manche bei interner Behandlung mit Jodkalium gegen dasselbe eine Idiosynkrasie zeigen, bei mehr oder weniger Jodkaliumnahme Jodismus auftritt, oder andere wegen ihrer Magen- oder Darmleiden die interne Behandlung überhaupt nicht vertragen, ist ein jedes Jodpräparat mit Freude zu begrüfsen, welches subcutan angewendet werden kann und keinen Jodismus erzeugt. Ein solches ist das Jodipin und in neuerer Zeit das Jothion, welches dem Jodipin analog ist. Das Jothion ist ein Jod-Sesamölpräparat, hat eine gelblich-braune Farbe, ist eine sirupähnliche Flüssigkeit, schwerer als Wasser. Es gibt deren zweierlei Präparate, ein 10%iges und ein 25%iges, in dem ersteren sind 1,6%, im letzteren 2,5% Schwefel enthalten; wo der Schwefel die Jodbindung präsentiert. Beide können per os oder subcutan verwendet werden. Auf der Abteilung von Róna wurden damit Versuche gemacht, und zwar mit 4 cm^3 begonnen, mit je 2 cm^3 gestiegen bis 20 cm^3 erreicht wurden, darauf wurde eine Pause von acht Tagen eingehalten, dann viertäglich 20 cm^3 eingespritzt. Das Jothion wurde bei verschiedenen Formen von Syphilis verwendet, wurde stets gut vertragen, keine Spur von Jodismus beobachtet und lieferte sehr gute Resultate. Das Jod wird langsam ausgeschieden, selbst nach 14 Tagen nach der letzten Einspritzung konnte noch Jod im Speichel nachgewiesen werden. Ob es besser als Jodipin ist, hat Verfasser keine vergleichenden Erfahrungen. *A. Alpár-Alexandria.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Über Hautausschläge, die ihrer Natur nach zwischen der Pityriasis rosea Gibert und den psoriasiformen Seborrhoiden liegen, von L. Brocq. (*Presse méd.* 1903. Nr. 55.) An der Hand einer interessanten Eruption auf der Brust eines zwölf Jahre alten Knaben weist der Verfasser die Übergänge nach, welche unter Umständen zwischen den Bildern der Pityriasis rosée und den schuppenflechtenartigen Seborrhoiden bestehen. Er tut dies an der Hand einer graphischen Darstellung von

sich berührenden, zum Teil deckenden, zum Teil aber auch nur durch Brücken zusammenhängenden Kreisen. Die typische gemischte Form der Gibertschen Affektion hängt eng mit den seborrhoischen psoriasiformen Dermatosen zusammen, weniger eng mit den seborrhoischen pityriasiformen Hautveränderungen, und noch weniger mit reinen Eruptionen von Schuppenflechte. Die circinäre Form der Pityriasis rosea lehnt sich an die circinären und psoriasiformen seborrhoischen Hautprozesse an, die makulöse Form an die psoriasiformen und pityriasiartigen Seborrhoen; die entzündliche Abart der Gibertschen Affektion erinnert an die ekzematös gewordenen seborrhoischen Prozesse und etwas, wenn auch schwach an die Erysipeloide und wahren vesikulösen Ekzeme. *Hopf-Dresden.*

Die Psoriasis-Arthropathie, von Darier. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 45.) Nach D. handelt es sich bei der Psoriasis-Arthropathie nicht um ein zufälliges Zusammentreffen von Psoriasis und Arthropathie bei einem und demselben Individuum, sondern um eine wohl charakterisierte, ziemlich häufig vorkommende Krankheit sui generis, deren Hauptsymptome sich einerseits von der gewöhnlichen Psoriasis, anderseits von allen übrigen Formen von Arthropathien in wesentlichen Punkten unterscheiden. Die Hauteffloreszenzen stellen niemals kleine, runde Herde, sondern stets ausgebreitete Plaques dar, die sich mit Vorliebe an den Achselhöhlen, den Gesäßfurchen und an der hinteren Fläche des Skrotums lokalisieren und sich überdies durch außerordentliche Hartnäckigkeit auszeichnen. Die Arthropathien treten auf, ohne daß eine Infektionskrankheit vorausgegangen wäre; stets werden gleichzeitig mehrere Gelenke befallen, der Verlauf ist ein rapider, das Endresultat sind schwere Deformierungen. Erkrankungen der Herzklappen hat die Affektion, die vorzugsweise junge, männliche Individuen trifft, nie zur Folge. Manche Fälle haben Ähnlichkeit mit der an den Fingern lokalisierten Form des Tripperrheumatismus. Die bei mehreren Kranken vorgenommene Untersuchung mit Röntgenstrahlen hat gezeigt, daß die Endphalangen der Finger vollständig resorbiert, die beiden anderen Phalangen stark rarefiziert werden; außerdem kommt es zur Bildung von Osteophyten, die Ankylosierungen oder auch Luxationen der Gelenke bewirken können. — Die Ätiologie der Krankheit ist vollständig unbekannt. Manchmal werden mehrere Glieder einer Familie befallen. — Ein therapeutischer Erfolg hat sich bisher weder durch lokale noch durch allgemeine Behandlung erzielen lassen; D. empfiehlt, Moorbäder und Kalomelinjektionen, die sich in manchen Fällen von Tripperrheumatismus als nützlich erwiesen haben, zu versuchen. *Götz-München.*

Aphthen und Herpes bei Kindern, infolge Genusses der Milch von Kühen, die an Maul- und Klauenseuche leiden, von E. F. Brush-Mt. Vernon. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 20. Juni 1903.) Die nicht kontagiöse Form der Stomatitis aphthosa und die kontagiöse, durch Genuß der Milch von an Maul- und Klauenseuche erkrankten Kühen hervorgerufene Form sind einander in ihren klinischen Erscheinungen so ähnlich, daß man sie kaum unterscheiden kann. Einen bakteriologischen Unterschied kennt man bisher auch noch nicht. Das einfachste Mittel, zu entscheiden, welche der beiden Formen vorliegt, ist, die Milchernährung auszusetzen. Stammt die Milch von kranken Kühen, so verschwindet mit dem Fortfall der schädlichen Ursache auch die Stomatitis von selbst. — Von Interesse sind übrigens die gesetzlichen Bestimmungen in den Vereinigten Staaten zur Bekämpfung der Maul- und Klauenseuche. Ist in einem Viehbestande die Krankheit festgestellt, so müssen sämtliche Tiere getötet werden; der Wert des Bestandes wird abgeschätzt und der Besitzer erhält 70% des Wertes ersetzt. Der Stall muß desinfiziert werden, muß mindestens vierzehn Tage leer stehen bleiben und darf dann erst für einen gewisse Zeit probeweise mit zwei Kühen wieder belegt werden. Durch diese harten Bestimmungen

wird natürlich gewöhnlich das Geschäft eines von dem Unglück betroffenen Milchlieferanten geradezu ruiniert; er mufs hernach wieder ganz von vorn anfangen.

A. Loewald-Kolmar.

Die Impetigo, von Darier. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 48.) Der kurze Artikel bringt nichts Neues. *Götz-München.*

Über eine eigenartige benigne Streptomycosis bullosa in der Blindenanstalt Könitz bei Bern, von M. Winkler-Bern. (*Corresp.-Bl. f. schw. Ärzte.* 1903. Nr. 17.) Verfasser hatte Gelegenheit, in obiger Anstalt eine kleine Endemie einer kontagiösen Hautkrankheit zu beobachten, an der im ganzen neun Kinder im Alter von 6—15 Jahren erkrankten. Die Krankheit war charakterisiert durch das Auftreten von serösen, grofsen Blasen an den Fingern, mit geringen oder ohne Entzündungserscheinungen in der Umgebung und einen in allen Fällen absolut gutartigen Verlauf. Verf. schliefst aus der Lokalisation der Efflorescenzen an den Fingerkuppen, dafs die Übertragung der Krankheit durch die gemeinschaftlichen Lesebücher der Kinder stattgefunden habe. Bei der aseptischen Eröffnung einer frischen Blase entleerte sich eine wasserhelle Flüssigkeit, welche, auf geeigneten Nährboden überimpft, Streptokokken in vollständiger Reinkultur zeigte. Es gibt nur eine Affektion, welche nach allen Richtungen mit der vom Verf. beobachteten übereinstimmt, das ist die „tourniole vésiculeuse et phlycténe streptococcique des doigts" von Sabouraud, eine Erkrankung, die Verf. häufig mit der Impetigo contagiosa des Gesichts zusammen vorkommen sah, und die er mit dieser identifiziert. Verf. will festgehalten wissen:

1. dafs eine Infektions-Krankheit, welche gleich der Impetigo vulgaris seröse, oberflächliche Blasen mit gutartigem Verlauf zeigt und kontagiös ist, durch Streptokokken bedingt war;

2. dafs anderseits Impetigo-Efflorescenzen im Gesicht nicht auftraten;

3. dafs so gutartige Erkrankungen durch Streptokokken erzeugt werden, die wir im mikroskopischen Präparat und in der Kultur von denen der bösartigen Prozesse nicht unterscheiden können.

W. will die von ihm beschriebene Krankheit: „Dermatitis streptogenes bullosa" oder „Streptomycosis bullosa superficialis" nennen. *Putzler-Danzig.*

Mitteilung eines Falles von Pemphigus chronicus, von William Frick-Kansas City. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 30. Mai 1903.) Der Fall bietet nichts Bemerkenswertes. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Behandlung des regionären Ekzems, von Gaucher. (*Journ. d. pratic.* 1903. Nr. 47.) G. bespricht die Behandlung des Ekzems, wie sie je nach der Lokalisation des Ausschlages zu empfehlen ist. Neues enthält der Artikel nicht.

Götz-München.

Die Behandlung des vesikulösen Ekzems, von H. Lyle-Liverpool. (*Brit. Med. Journ.* 14. Nov. 1903.) In jedem Falle von nässendem, vesikulösen Ekzem appliziert Verfasser ein in eine Lösung von Hydrargyrum bijodatum (1 : 2000) getauchtes Stück Lint. In wenigen Tagen ist die Haut völlig trocken, und jetzt erst kommen die gewöhnlichen Ekzemmittel, wie Salben und Streupulver, zur Anwendung.

C. Berliner-Aachen.

Über Therapie des Ekzems, von Oskar Lassar-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* Jan. 1904.) Das Hebrasche Schema von der Rötung, Papel- und Pustelbildung kann für die Auffassung der Ekzembehandlung nicht mehr gelten; denn es gibt eben keine gemeinsame Methode der Behandlung. Die Hauptsache ist auch hier, nach der Ursache des Ekzems zu fahnden und dementsprechend die symptomatische Behandlung anzupassen. Denn aus den „Blanden" — auf chemisch-physikalischer Beschädigung basierenden — und den „bakteritischen" Formen des Ekzems geht schliefslich mit der

allfälligen sekundären mikroorganischen Verunreinigung eine Mischentzündung zu. Darum gilt es als vornehmste Aufgabe, „einer eben entstehenden Ekzembildung vo vornherein ihren ursprünglichen Charakter zu erhalten". Und dann gilt es, die äufsere Noxe abzuhalten, die so oft — viel häufiger, als man im Leben glaubt — die Ursache der Hautentzündung ist. Bei einer frischen Dermatitis mufs man erst eine gelinde Waschung mit Kleienwasser oder am besten mit Kamillentee vornehmen und dann mit Klatschkompressen von 1%iger Zinksulfat- oder essigsaurer Thonerde-Lösung kühlende Umschläge machen. An diese feuchte Behandlung schliefst sich die Trockenbehandlung an, am besten mit gut gereinigtem Speckstein (Steatith-Talcum), dem allenfalls beim „Gefühl brennender Unbehaglichkeit" 1—2%iges Karbol oder 0,5—1%iges Menthol hinzuzusetzen ist, oder der man bei Intertrigo-Kindern eine 2%ige Höllensteinpinselung vorausschicken kann. Wird die Haut durch die trockene Krustenbildung zu spröde, so nimmt man weiterhin auch Zinkölpaste (Zinc. oxyd. 60,0, olei olivarum 40,0). Bei eitrig gewordenem Ekzem öffnet man eventuell die kleinen Abszesse und wendet als absaugende Paste die alte Lassarsche Salicyl-Zinkpaste (Pasta salicyl. L.) an. Bei Pilzinfektionen ist die Salicylschwefelpaste (10—20% präzipitierter oder sublimierter Schwefel) am Platze. Bei Infiltrationen tiefgehender Art kommen die Teerpräparate in Frage, besonders nach dem Rezepte:

℞ *Olei Rusci*
Sulfuris sublimati ää 15,0
Vaselini flavi
Saponis domestici ää 30,0
Creatae albae 10,0

Aufserdem mufs man bei artifiziellen Ekzemen ebenfalls recht genau nach den Ursachen gehen und auch dort die ursprüngliche Veranlassung bekämpfen. Im Hinblick auf die gewöhnlich nach allen solchen Anlässen folgende lymphangitische Infiltration der Haut ist es nur zu wünschen, dafs die anscheinend gut ansetzende Wirkung der Röntgenbestrahlung namentlich bei den chronischen Handekzemen sich weiter bestätigt und verwerten läfst. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Ekzembehandlung, von Geo P. Katzenstein-Philadelphia. (*Int. Med. Mag.* August 1903.) Mitteilung einiger in der Ekzembehandlung bewährter Rezeptformeln:

Im subakuten Stadium:

℞ *Acid. carbol.*	0,6—1,2	oder ℞ *Resorcini*	
Calomel.	1,2—2,4	*Acid. bor.*	ää 4,0
Zinc. oxyd.		*Zinc. oxyd.*	8,0
Amyl.	ää 7,5	*Glycerini*	4,0
Petrolat.	15,0	*Aq. dest.*	ad 200,0
Mf. ungt.		Mds. Lotio.	

Ohne Zusatz von Zinkoxyd gilt diese Lotioformel auch zur Behandlung des Ekzems behaarter Teile; bei Intertrigo wird Aq. dest. 180.0 ersetzt durch Ol. amygd. dulc. 60,0 und Aq. calc. 120,0.

Bei nässenden Ekzemen:

℞ *Camphor.* 0,9
Acid. carbol. 1,2
Zinc. oxyd.
Kaolini
Aq. dest.
Cottolene (?) ää 3,75
Mf. ungt.

Bei chronischen infiltrierten Ekzemen verwendet Verfasser neben dem reinen Teer gern die oben genannte Karbolsalbe, in der das Kalomel durch einen geringen Teerzusatz ersetzt wird. *A. Loewald-Kolmar.*

Über die besonderen Lokalisationen des Ekzems am Kopf und Rumpf, von Gaucher. (*Journ. méd. int.* 1903. Nr. 1.) Gaucher bespricht die verschiedenen Formen des Ekzems des behaarten Kopfes, des Bartes, der Lippen, Ohren, Lider und des Rumpfes, ohne bemerkenswert Neues zu bringen. *Hopf-Dresden.*

b. *der Cutis.*

Die Diagnose der Zungenulcerationen, von ? (*Gaz. des Hôpitaux.* Nov. 1903.) Eine Aufzählung und Klassifikation der verschiedenen Arten von Zungenulcerationen. Bringt nichts Neues. (Ref. in *Il Morgagni.* 28. Nov. 1903.) *C. Müller-Genf.*

Die Behandlung des Panaritium, von E. von Bergmann-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1904. Nr. 1.) Verfasser empfiehlt dringend den möglichst zeitigen Schnitt in die Fingervola, dort, wo das Gewebe geschwollen und gerötet ist, und bedient sich in der Regel zur Erreichung der Anästhesie des Oberstschen Verfahrens (2%ige Kokaininjektion an vier den Digitalnerven entsprechenden Stellen nach Abschnürung des Fingers durch ein Gummidrainrohr). *Curt Cohn-Hamburg.*

Karbunkel und andere Affektionen, welche bei Barbieren akquiriert werden, von W. A. Hardaway-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Dez. 1903.) H. führt aus, dafs sowohl Furunkel und Karbunkel, wie eine Reihe von anderen Affektionen sicher durch Übertragung bei Friseuren entstehen können. Zu denselben rechnet er Alopecia seborrhoica, welche bekanntlich bei Frauen, die viel weniger die Friseurstuben frequentieren, viel seltener ist, ferner Impetigo contagiosa, die beiden Arten von Sykosis (Ringworm und chronische, infektiöse Folliculitis); einfache Impetigo und die mehr oder weniger chronische Furunkulose des Nackens wird nach H.s Ansicht meist im Barbierstuhle erworben, ebenso wie er viele Fälle von Karbunkel sah, welche unzweifelhaft diesen Ursprung hatten, wie ja auch Frauen wiederum nur selten an diesen Affektionen litten. Um diesen Übelständen abzuhelfen, sind eine Reihe rigoroser Vorschriften und deren strenge Überwachung notwendig, wie sie in einigen Staaten Nordamerikas (z. B. Connecticut) schon eingeführt seien. U. a. sollten Rasiermesser, Scheren usw. vor jedesmaligem Gebrauch wenigstens fünf Minuten lang in 1%igem Trikvesol, welches H. für ein sehr wirksames Antiseptikum hält, desinfiziert, Schalen, Pinsel in heifsem Wasser gereinigt, Wände, Fufsboden und alle Möbel in Barbierstuben rein gehalten, der Gebrauch von Puderquasten und Schwämmen verboten werden. Schliefslich hebt H. hervor, dafs auch in der eigenen Familie Haarbürsten und Rasierpinsel, welche er für die Hauptträger der Ansteckung hält, jeder für sich allein, ebenso wie die Zahnbürste, benutzen sollte. *Stern-München.*

Die Karbunkelbehandlung, von B. Brindley Eads-Illinois. (*Int. Med. Mag.* März 1903.) Bei beginnendem Karbunkel empfiehlt Verfasser als Abortivmittel Ätzung mit roher Karbolsäure; hat die Eiterung schon begonnen, so mufs der Ätzung ein Kreuzschnitt vorausgehen, Nachbehandlung mit antiseptischen feuchten Umschlägen. Für die grofsen Karbunkel ist die beste Behandlung die Exzision. *A. Loewald-Kolmar.*

Malum malannum, von J. Preuss-Berlin. (*Med. Blätter.* 1903. Nr. 24.) P. will einen ganz vergessenen Krankheitsnamen, „Malum malannum", wieder in die Erinnerung zurückrufen. Aus Zitaten alter Schriftsteller geht hervor, dafs es sich zweifellos um den Karbunkel handelt, einen Ausdruck, mit dem man früher alle zum brandigen Zerfall neigenden Geschwülste, besonders den Milzbrand, bezeichnete. Malan malannus ohne Zusatz hiefs jede knopf- oder beulenartige Erhebung der Oberhaut, z. B. Furunkel,

Abscefs, also an sich gutartige Zustände. Die Etymologie des Wortes ist dunkel. Vielleicht ist darin eine spätere Form des alten Malandria zu sehen. Allen Leiden, für die das Wort malandria gebraucht wird, gemeinsam ist die Knotenbildung in der Haut, so dafs Malandria identisch sein könnte mit Malannus. Malannus ist ein Knoten, malannum die bösartige Form, malandria die Knotenkrankheit.

Putzler-Danzig.

Ein Fall von Staphylomycosis, von K. Zimmermann. (*Orvosi-Hetilap.* 1903 Nr. 44.) Bei dem 19jährigen Patienten besteht seit 1½ Jahren im subcutanen Bindegewebe eine in Fistelgängen sich stets weiter verbreiternde Eiterung. Der Prozefs begann mit einem Furunkel am linken Unterarm, und von hier pflanzte sich der Prozefs auf den Oberarm, auf den Rücken und auf die Brust fort. Es wurden bis jetzt zirka 68 Einschnitte gemacht. Trotz zahlreicher therapeutischer Eingriffe (gröfsere, kleinere Einschnitte, Sublimat-, Alkohol-, Alkohol-Cellit-, Essigsäure-, Tonerde-Umschläge, Jodoform-Glycerindurchspritzungen, Paquelin, Umschneidung, Furunkulin, Jodkalium, Arsen, Inunktionen mit Quecksilber usw.) schritt die Eiterung stets weiter; nach jedem dritten bis vierten Tage tritt eine Entzündung 4—5 cm entfernt vom Originalknoten auf, daselbst einen Druck ausübend, erscheint im aufgeschnittenen Bindegewebe ein Tropfen Eiter. An dieser Stelle die Sonde eingeführt, dringt dieselbe in einem fistulösen Gange bis zur neuentzündeten Stelle. Im Eiter wird stets der Staphylococcus pyogenes aureus gefunden. Der Urin zeigt normale Bestandteile. Die qualitative und quantitative Blutuntersuchung zeigt beinahe normale Verhältnisse, Nervensystem normal. An Stellen von Morphiumeinspritzungen entstehen stets im subcutanen Gewebe Infiltrationen. Verfasser schliefst Phlegmone und Lymphangitis aus und nennt den Prozefs Staphylomycosis, welcher infolge der eigenartigen Disposition des subcutanen Bindegewebes einen solchen chronischen Verlauf nimmt und die geschilderten Formen annahm.

In der Diskussion erwähnt Bakó einen Fall, wo sich aus den langanhaltenden subcutanen Eiterungen und Fieber als Endursache eine Lungentuberkuluse entwickelte. Bei einem kräftigen berittenen Polizeimann wurde einige Wochen früher eine Phimotomie gemacht, die Wunde wollte nicht heilen, und als der Kranke in seine Beobachtung kam, waren ausgebreitete fistulöse Gänge in der Penis- und Skrotumhaut. Trotz ausgiebiger Spaltung aller dieser Gänge zeigte sich keine Heilungstendenz, es wurde auch eine antiluetische und Zittmann-Kur gemacht. Nach monatelangem Fortbestand dieses Status bildete sich allmählich eine Lungentuberkulose aus, im Sputum waren Tuberkelbacillen nachweisbar. In den fistulösen Gängen konnten weder früher noch später Tuberkelbacillen nachgewiesen werden. *A. Alpár-Alexandria.*

Die Polymyositis, die Dermatomyositis und die Dermatomucomyositis, von R. Romme. (*Presse méd.* 1903. Nr. 43.) Die Mitteilung beschäftigt sich mit der Analyse der Krankheit, die Oppenheim in der Berliner Hufelandischen Gesellschaft kürzlich gegeben hat. Romme betont, dafs es mit dieser zuerst 1887 von Wagner beschriebenen Krankheit ähnlich sei, wie mit der Barlowschen Krankheit und anderen Affektionen. Je besser man sie in Frankreich zu diagnostizieren gelernt habe, desto häufiger sei sie daselbst beobachtet worden. *Hopf-Dresden.*

Aktinomykose, von Louis Dor-Lyon. (*Presse méd.* 1903. Nr. 74.) Die Abhandlung über diese neuerdings auch in Frankreich mehr und mehr beobachtete schwere Erkrankung bildet eine studentische Vorlesung. Sie beschäftigt sich mit der Bakteriologie des Strahlenpilzes und den pathologisch-anatomischen Befunden, ohne Neues zu bieten. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall primärer Hautaktinomykose, von Wilhelm Dreyfus. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 52.) Bei einem 10jährigen, sonst vollständig gesunden Knaben,

der vielfach bei Erntearbeiten mitgeholfen hatte, entstand an der linken Brust an einer etwa handtellergroſsen Partie eine harte, geschwulstähnliche Infiltration der Haut; die Anschwellung brach nach halbjährigem Bestehen an drei Stellen auf, es bildeten sich markstückgroſse Ulcerationen mit graugelben, schlaffen, vorspringenden Granulationen. Die regionären Drüsen waren nicht geschwollen. Ohne daſs eine sichere Diagnose gestellt werden konnte, wurde die infiltrierte Hautpartie exzidiert. Makroskopisch stellten sich die Granulationen als förmliche Tumoren dar. Auf dem Längsschnitte lieſsen sich faserige Längszüge erkennen, die noch oben in die Granulationen wie in die Kuppe eines Pilzes einmündeten und nach unten sich im Unterhautzellgewebe verloren. Mikroskopisch zeigte sich typisches Granulationsgewebe; in den nach auſsen liegenden Partien der Wucherung fanden sich zur allgemeinen Überraschung vereinzelte Aktinomycesdrüsen. Es handelte sich, da die inneren Organe alle gesund waren, zweifellos um einen Fall von primärer Hautaktinomykose. Über den Infektionsmodus bei demselben konnte nichts Bestimmtes ermittelt werden. Der Knabe, bei dem übrigens vier Monate nach der Operation ein Rezidiv konstatiert wurde, hatte im Alter von zwei Jahren an der linken Brust einen Abscefs gehabt, der ein halbes Jahr zur Ausheilung gebraucht hatte; daſs zwischen diesem Abscefs und der acht Jahre später aufgetretenen Aktinomykose ein Zusammenhang besteht, ist nicht ganz unmöglich. *Götz-München.*

Untersuchungen über den Madurafuſs, von Polverini. (*Lo Sperimentale.* 1904. Heft VI.) Der von dem Verfasser in einem Falle von Madurafuſs (gelbe Varietät) isolierte und kultivierte Mikroorganismus ist als identisch zu betrachten mit dem von Vincent beschriebenen Streptothrix Madurae, das als das spezifische Agens der Affektion zu betrachten ist. In mikroskopischer Beziehung ist besonders das Vorhandensein zahlreicher veränderter Plasmazellen hervorzuheben, sowie die Neigung zu hydropischer Entartung und Erweichung in allen befallenen Geweben. Unter allen Umständen müssen der Madurafuſs (alias Mycetom) und die Aktinomykose als zwei vollständig verschiedene Affektionen betrachtet werden. *C. Müller-Genf.*

Gibt es ein Botryomykom? von Bosc und Abadie-Montpellier. (*Presse méd.* 1903. Nr. 45.) Poncet und Dor hatten 1897 zuerst eine besondere Hautaffektion beschrieben, die sich an den Fingern und Händen des Menschen in Form kleiner, gestielter, maulbeerförmiger Geschwülste einstellt; dieselben haben den Bau eines sudoriparen Adenofibroms und schlieſsen maulbeerförmige Massen ein, die gewissen Botryomycespilzen analog gebildet sind. Die Autoren stellten auf Grund dieser und der klinischen Verhältnisse den neuen Begriff des Botryomykoms auf. Inzwischen sind einige (vier) neue Beobachtungen über diese Affektion gemacht worden, welche der Verfasser der vorliegenden Skizze durchgeht, zum Teil auch abbildet. Der Natur nach scheinen ihm die Tumoren gefäſsreiche Schleimhaut-Fibropapillome zu sein. Betreffs der pilzartigen Entstehungsursache kommen dem Verfasser starke Zweifel bei. Die Frage muſs vorläufig noch offen bleiben. *Hopf-Dresden.*

Klinischer Bericht über einen Fall von Hautblastomykose infolge zufälliger Inokulation, von Newton Evans-Battle Creek, Mich. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 27. Juni 1903.) Ein Arzt hatte sich bei der Sektion eines Falles von generalisierter Blastomykose eine geringfügige Fingerverletzung zugezogen. Es entstand an der Stelle eine kleine Pustel, die trotz sachgemäſser Behandlung nicht heilte; vielmehr entwickelte sich in der Umgebung der Pustel eine akute, entzündliche Schwellung, die zu Lymphangitis und Achseldrüsenschwellung führte. Erst nach ausgiebiger Inzision und Auskratzung granulösen Gewebes gingen die Erscheinungen zurück, die Wunde heilte zu, aber die Narbe war verdickt, hart, und die Epidermis löste sich fortgesetzt in Schuppen ab; in der Nachbarschaft traten neue kleine Pusteln und an ent-

fernteren Stellen des Fingers kleine Knötchen auf. Vorübergehend bestanden rheumatische Erscheinungen an Hand- und Ellenbogengelenken. Röntgenstrahlenbehandlung vermochte die Affektion nicht wesentlich zu beeinflussen. — In dem ausgekratzten Gewebe sowohl wie in dem Inhalt eines der kleinen Abscesse fanden sich die gleichen Organismen, wie sie in grofser Zahl bei dem die vermutliche Ansteckungsquelle bildenden, zur Autopsie gelangten Fälle nachgewiesen worden waren; auch kulturell zeigten sie genau das gleiche Verhalten. *A. Loewald-Kolmar.*

Hautaktinomykose des Fingers, von A. Sicard. (*Presse méd.* 1903. Nr. 65.) Die mitgeteilte Krankengeschichte betrifft den Zeigefinger einer 39jährigen Frau vom Lande. Während die aus der Tiefe, vom Knochen ausgehenden Prozesse, welche dem Strahlenpilz ihre Entstehung verdanken, relativ zahlreich sind, werden rein cutane Formen der Aktinomykose nur selten beobachtet. Der vorliegende Fall ist deshalb besonders lehrreich, weil sich die Art des Auftretens im Anschlufs an eine Verwundung durch eine Ähre nachweisen läfst. An der nämlichen Stelle, wo am Zeigefinger der Stich erfolgte, trat nach acht Tagen unter Schmerzen und Schwellung der aktinomykotische Prozefs auf. Derselbe heilte übrigens unter Jodkalium prompt ab. *Hopf-Dresden.*

Die Morphologie und Biologie des Parasiten von einem Falle allgemeiner Blastomykose, von F. J. Otis-Battle Creek und Newton Evans-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 31. Okt. 1903). Die Verfasser haben den von Ormsby und Miller veröffentlichten Fall von Blastomykose sehr eingehend untersucht und berichten über die morphologischen und biologischen Eigenschaften des in diesem Falle gefundenen Parasiten. Die Ergebnisse ihrer Untersuchungen sind:

1. Der vorliegende Fall von allgemeiner Blastomyceteninfektion gehört in eine Klasse, von der bisher nur wenige Beispiele bekannt geworden sind.

2. Parasiten konnten im Blut nach dem Tode nachgewiesen werden; die Verbreitung hat jedenfalls auf dem Blutwege stattgefunden.

3. Die Lymphdrüsen waren bemerkenswerterweise frei von Infektion.

4. In den erkrankten Partien wurden die Parasiten in zahllosen Mengen gefunden, die entzündliche Reaktion in den Geweben war auffallend gering.

5. Die Leukocyten im Blut und manche Gewebszellen enthielten grofse Mengen runder Pigmentkörner.

6. Die Parasiten wuchsen im Gewebe nur durch Knospung, erreichten dabei eine Gröfse von 5—15 μ im Durchmesser; bei künstlich angelegten Kulturen fand das Wachstum durch segmentierte Mycelfäden mit seitlichen Conidien statt, und in sehr alten Kulturen fanden sich zuweilen wieder Knospungsformen.

7. Die Entwicklung der Parasiten im Gewebe ging nach bestimmtem Gesetz vor sich; die jüngeren Formen hatten ein sich stark färbendes Protoplasma, das der aktiven Zellteilung durch Knospung unterlag, die älteren Formen färbten sich nicht stark, gingen auch nicht aktive Zellteilung ein, sie enthielten sporenähnliche Körper.

8. Nach den Befunden im Gewebe ist es sicher, dafs Sporenbildung vorkommt; in jeder Zelle, wo Sporen zu sehen waren, waren sie zu 5—15 vorhanden.

9. Organismen, aus gezupftem Gewebe herrührend, entwickelten bei der Untersuchung in hängenden Tropfen Mycelien wenige Stunden nach ihrer Entfernung aus dem Gewebe.

10. Eine Beeinflussung der Organismen durch Röntgenstrahlen war nicht zu beobachten.

11. Die Wirkung der Lichtstrahlen blieb zweifelhaft, da der Einfluſs der Wärmestrahlen nicht gänzlich ausgeschaltet war.

12. Die mit Cedernölpapier bedeckten Kulturen starben innerhalb eines Monats;

ach einer Woche war das Wachstum völlig unterbrochen, die Organismen aber noch icht tot.

18. Der Organismus erfüllt die Forderungen Kochs; Meerschweinchen sind mpfänglicher als Kaninchen.

14. Der Organismus wächst leicht auf allen künstlichen Medien.

15. Verflüssigung der Gelatine erfolgte nach einem Monat.

A. Loewald-Kolmar.

Zur **Berufskrankheit „Akne"** ergreift Dr. Westphal in der Bäcker- und Konditorzeitung das Wort. Der Kassenarzt bei der Krankenkasse der Dresdener Bäckerinnung, Dr. Galewsky, hatte auf Grund seiner Erfahrungen die „Akne" als eine Berufskrankheit der Bäcker dargestellt (*Soziale Praxis,* Spalte 366). Dr. Westphal weist nach, dafs unter 2029 in dem Zeitraum vom 30. April 1888 bis 1. Januar 1904 n einer Poliklinik in Berlin behandelten Personen sich nur 153 Bäcker, d. h. 7% der überhaupt behandelten Personen, befanden. Die Bäcker wurden durch andere Berufe, z. B. die Schlosser mit 569, die Kaufleute mit 226 erkrankten Personen, übertroffen. Dr. Westphal folgert daraus, dafs es falsch sei, die Akne als eine Berufskrankheit der Bäcker zu bezeichnen. (*Soziale Praxis.* 1904. Nr. 23.)

Bericht über das gleichzeitige Auftreten von zwei akut entstandenen Hautaffektionen, von H. W. Syers - London. (*Lancet.* 19. Dez. 1903.) Ein neunjähriger Knabe kam mit typischem Erythema nodosum an den Beinen in Behandlung. Gleichzeitig wurden zahlreiche dunkelrote, stecknadelkopfgrofse Papeln am Abdomen und an den Hüften konstatiert. Dieselben stellten sich einige Tage später als unzweifelhafte Psoriasis heraus. S. hält den Fall für ein Unikum.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über pustulöse Typhusroseola nebst bakteriologischen Untersuchungen, von E. Birnbaum-Friedrichsfelde und H. Weber-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 46.) Es handelt sich um drei Fälle von Typhus mit pustulöser Roseola am Stamm und teilweise auch den Extremitäten. Die bakteriologische Untersuchung des Bläscheninhalts ergab in zwei Fällen, dafs die Kulturen gebildet waren von Diplokokken, ähnlich den Friedländerschen Pneumoniediplokokken, leicht färbbar mit basischen Anilinfarben, bei Gramscher Färbung sich entfärbend, unbeweglich im hängenden Tropfen, während der Inhalt der Blasen des dritten Falles sich als steril erwies. Dieser negative Befund beweist, dafs eine Mischinfektion mit irgendwelchen Pilzen nicht notwendig ist, um bei jungen Individuen aus Roseolaflecken Bläschen entstehen zu lassen. Der positive Befund in den ersten beiden Fällen dürfte sich mit sekundärer Einwanderung durch die absterbende Bläschendecke erklären. Das Fehlen von Pilzen in den frisch entstandenen Bläschen läfst deren Entstehung auf die in den tieferen Epithelschichten und im Papillarkörper der Roseolen von E. Fränkel nachgewiesenen Typhusbacillen zurückführen, welche schon im gewöhnlichen Roseolafleck zur leichten Abhebung der oberen Epithelschichten im mikroskopischen Bilde führen, bei der zarten Haut kindlicher Individuen stärkere Exsudation und Abhebung des Deckenepithels, d. h. Bläschenbildung, veranlassen können. Als günstige Brutstätte von sekundären Pilzansiedlungen können dieselben dann der Ausgangspunkt fortschreitender Eiterinfektionen werden, wie in den erstbeschriebenen Fällen. Dies gibt diesen jugendlichen Formen der Roseola auch ein nicht zu vernachlässigendes klinisches Interesse. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zwei Fälle von primärem und isoliertem Lichen ruber planus buccalis, von Arnold Sack - Heidelberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 49.) Das Interessante an dem einen der beiden mitgeteilten Fälle war, dafs die verschiedenen Entwicklungsstadien des Schleimhaut-Lichen beobachtet werden konnten. Als Verf. den

Patienten zum erstenmal sah, waren an den Seitenrändern der Zunge je zwei mattweiße, etwa hirsekorngroße Körnchen zu sehen, die der Zungenoberfläche wie Kalkspritzer aufsaßen; in der unmittelbaren Nachbarschaft dieser Körnchen waren einige Papillen hyperämisch und geschwellt. In der Folge konnte Verf. die Umwandlung dieser Papillen in weiße Körnchen beobachten; später konfluierten die Körnchen zu flach erhabenen, mattweiß schimmernden, ziemlich harten Plaques mit scharfen, unregelmäßig geformten Rändern. Während der Beobachtung tauchten auf der Buccalschleimhaut kleine, scharf umrissene, feucht glänzende Elemente von rundlich länglicher oder polygonaler Form auf, die bald durch gegenseitigen Anschluß weiße, vielfach verästelte Linien und Maschenfiguren bildeten. — In dem zweiten Falle waren bei Beginn der Beobachtung die typischen, spitzenmusterartigen Veränderungen auf der Wangenschleimhaut schon entwickelt. Die Haut war in beiden Fällen trotz monatelangem Bestehen des Leidens frei von Erscheinungen geblieben. Die Therapie ist den Schleimhautaffektionen gegenüber ziemlich machtlos. Eingehend würdigt Verf. die Differentialdiagnose zwischen Lichen und Lues.

A. Loewald-Kolmar.

Zur Hystopathologie des Lichen planus (Wilson) der Schleimhäute, von F. Poór. (*Orvosi Hetilap.* 1903. Nr. 25, Mellékl.) Verf. hatte Gelegenheit, zwei Lichen planus-Fälle der Mundschleimhaut zu beobachten und bei einem derselben hystologische Untersuchungen anzustellen. Dieselben erstreckten sich hauptsächlich darauf, folgende drei Fragen zu beantworten: 1. Existieren auch beim Lichen planus der Mundschleimhaut diejenigen Lücken resp. Höhlen, und, wenn ja, wie sollen dieselben aufgefaßt werden, welche bereits von einzelnen Beobachtern (Caspary, Tónk, Joseph usw.) beim Lichen planus der Haut beschrieben worden sind, welche aber verschiedenartig aufgefaßt wurden? 2. Welches Gewebe bildet den Ausgangspunkt der Veränderungen beim Lichen planus mucosae oris? 3. Sind Erscheinungen einer abnormalen Zellverhornung in der Schleimhaut vorhanden? — Die Resultate der hystologischen Untersuchungen lassen Verf. zu folgenden Schlüssen kommen: 1. Bei dem Lichen planus der Mundschleimhaut sind ebenfalls Lücken- resp. Höhlenbildungen vorhanden und entsprechen dem Bilde der subepithelialen Blasenbildung, diese können nicht als mechanische Produkte aufgefaßt werden, sondern werden durch die Exsudation von den Blutgefäßen hervorgerufen; 2. der Ausgangspunkt der Veränderungen ist in den Blutgefäßen der Submucosa gelegen; 3. wir finden bei dem Prozesse die mit Keratohyalin-Bildung einhergehende teilweise Hyperkeratose der Schleimhaut. Die Hyperkeratose gesellt sich zur teilweise pathologischen Hypertrophie des Epithels, und so sind die Veränderungen des Lichen planus der Schleimhaut im Sinne Virchows in die Gruppe der Pachydermia mucosae einzureihen.

A. Alpár-Alexandria.

Lichen progenitalis, von J. Broers-Haag. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 9.) Mitteilung eines Falles, bei dem die ersten Erscheinungen am Penis auftraten in Gestalt von kleinen Bläschen auf der Glans, im Sulcus coronarius und am Praeputium; die Bläschen platzten, heilten dann ab und wurden durch immer neuaufschießende ersetzt. Die Epidermis an Glans und Praeputium war wie marmoriert. Die anfangs unklare Diagnose wurde ermöglicht, als nach einiger Zeit charakteristische Lichenefflorescenzen, zunächst an der Wangen- und Zungenschleimhaut, später in beiden Achselgegenden auftraten. *A. Loewald-Kolmar.*

Bemerkungen zur Behandlung des Lichen planus, von Joseph Zeisler-Chicago. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 13. Juni 1903.) Unter 7000 Hautkranken hatte Verf. 71 Fälle von Lichen planus. Da die Ätiologie des Leidens noch immer unklar ist, kann von einer die Ursachen berücksichtigenden Behandlung nicht die Rede sein.

Während Verf. unter dem Einfluſs der Wiener Schule in früheren Jahren regelmäſsig Arsenik gab, wendet er es jetzt nur bei den generalisierten Formen an und zieht für die Behandlung der lokalisierten und milderen Formen mildere Mittel vor. Mit Vorliebe bedient er sich hydrotherapeutischer Maſsnahmen und empfiehlt besonders warme Bäder mit nachfolgender, allmählich kühler werdender Dusche auf die Wirbelsäule. In einzelnen Fällen hatte Verf. gute Erfolge mit interner Verabreichung von Quecksilber. Für die hartnäckigen hypertrophischen und hornigen Formen des Lichen planus kennt er jetzt kein besseres Mittel als die Röntgenstrahlen.

In der Diskussion macht William L. Baum darauf aufmerksam, daſs er in einem Falle von Lichen planus bei der Urinuntersuchung erhebliche Herabsetzung des Harnstoffes und Vermehrung der Phosphate fand; so lange die Harnstoffausscheidung herabgesetzt war, wurde Arsenik schlecht vertragen, mit steigender Ausscheidung vertrug der Patient auch gröſsere Arsenikgaben besser, und sein Zustand besserte sich rasch. Schamberg, Ohmann-Dumesnil, Duncan und Shellmire befürworten die Quecksilberbehandlung des Lichen, Heidingsfeld die subkutanen Arsenikinjektionen. *A. Loewald-Kolmar.*

Schwerer Fall von Erysipel des Beines im Anschluſs an Ulceration; Behandlung mit Antistreptokokken-Serum; Heilung, von E. H. Blake-Upton. (*Lancet.* 27. Febr. 1904.) Betraf eine 54jährige Potatrix; gleich die erste Injektion hatte Temperaturabfall im Gefolge, und nach der zweiten erholte sich die Patientin ohne weitere Störung trotz der vorher bestehenden ernsten Symptome mit Delirium, Fieber usw. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Neuere therapeutische Versuche beim Erysipel, von Robert Pollatschek-Wien. (*Ther. d. Gegenw.* 1903. Heft 11.) Bericht über 800 Fälle von der Klinik Schlesingers. Als Normalverfahren ist die Behandlung mit Umschlägen von eiskaltem Liquor Burowii im akuten Stadium und mit Borvaselin in der Rekonvalescenz eingeführt, dabei war die Dauer des Fiebers 7,3 Tage, die der Rekonvalescenz 7,1 Tag. Mit rotem Licht wurden 33 Patienten behandelt, die Resultate waren nicht sehr günstig, ebenso zeigte die Behandlung mit Mesotan eher einen ungünstigen Eindruck. Injektionen von Argentum colloidale Credé wurden in schweren Fällen angewandt und milderten bisbisweilen den Verlauf der Krankheit, Adrenalin war wirkungslos, dagegen linderte 10%ige Anästhesinsalbe die Schmerzen. Die Behandlung mit eiskalten Burow-Umschlägen bleibt aber nach wie vor die beste Behandlungsmethode.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Elephantiasis, von W. O. Roberts. (*Louisville Journ.* Septbr. 1903.) R. stellte in der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft von Louisville (Sitzung vom 12. Juni 1903) einen Fall von Elephantiasis des Penis vor, welcher vier Jahre vorher mit Beschwerden beim Urinieren begann, erst vor etwa acht Monaten Leistendrüsenschwellungen beiderseits und nun folgende Gröſsenzunahme des Gliedes zeigte: 19 cm Umfang nächst dem Bauche, 5 cm von diesem entfernt 16 cm und an der dicksten Stelle 41 cm Umfang. R. hält möglichst ergiebige Excision der kranken Teile für das einzige und radikalste Mittel. In der Diskussion hebt Cartledge die Seltenheit der wirklichen (genuinen) Elephantiasis in jenen Gegenden Nordamerikas hervor, während er von der sog. (falschen) Pseudoelephantiasis ein paar Fälle schon sah. Vance hält die Operation bei dem heutigen Stande der Technik für den einzig empfehlenswerten Weg der Behandlung. *Stern-München.*

Über Elephantiasis, von W. O. Roberts. (*Louisville Journ.* Jan. 1904.) R. stellte in der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft von Louisville (Sitzung vom 23. Oktbr. 1903) einen Fall von geheilter Elephantiasis penis vor, wobei gleichzeitig beträchtliche Vergröſserung des Skrotum bestanden hatte. Die Operation hat

in der zirkulären Amputation bestanden, wobei die Urethra etwas lang gelassen und an die Haut angenäht wurde; glatte Heilung, so dafs Patient seine Beschäftigung wieder aufnehmen konnte. *Stern-München.*

Elephantiasis und ihre Behandlung, von WILLIAM ELDER und EDWIN MATTHEW. (*The Edinburgh med. Journ.* Dez. 1903.) Eine ältere Frau, die vier Jahre vor Beginn ihres Leidens aus Indien zurückgekehrt und dort wiederholt von Fieberanfällen heimgesucht war, die sie auch in der Heimat nicht ganz verliefsen, leidet seit circa 14 Jahren an einer Elephantiasis des linken Unterschenkels und ist wiederholt deshalb vergeblich in ärztlicher Behandlung gewesen. Durch eine drei Monate lang konsequent durchgeführte Kur, bestehend in Bettruhe, täglicher Massage, Anwendung des konstanten elektrischen Stromes und elektrischer heifser Bäder, wurde ohne Alteration des Gesamtgesundheitszustandes eine vollkommene Restitutio erzielt. Die Ätiologie des Leidens konnte nicht genau ermittelt werden, doch glauben die Autoren, trotzdem die vielfachen genauen Blutuntersuchungen ergebnislos blieben, dafs eine in Indien 18 Jahre vorher acquirierte Filariasis die Ursache sei, und die Parasiten nach dieser langen Zeit nicht mehr „aktiv" seien. *W. Lehmann.*

Behandlung der Elephantiasis scroti, von ARNOBIO MARQUES-Pernambuco. (*Presse méd.* 1903. Nr. 65.) Der Verfasser berichtet über chirurgische Behandlung der Elephantiasis des Hodens. Die Methode der Wahl ist die Oscheotomie oder Oscheotomie nach SABOIA, die er über 100 mal hat ausführen sehen und 30 mal selber erfolgreich vorgenommen hat. Sie besteht in einer Herausschälung eines keilförmigen zentralen Stückes aus der verdickten Masse des Hodensacks unter Schonung der Hoden selbst und der ihnen anliegenden wichtigen Stränge mit konsekutiver Vernähung der beiden lateralen Teile des Skrotums. *Hopf-Dresden.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 38. No. 12. 15. Juni 1904.

Fall von Lichen pemphigoides.

Von

Professor S. Mendes da Costa-Amsterdam.

Bekanntlich kommt sowohl eine vesikulöse als auch eine bullöse Form von Lichen vor. Dafs aber ein Lichenausschlag ausschliefslich aus Blasen nach Art eines Pemphigus bestehen kann, ist weniger bekannt.

Der folgende Fall gibt davon ein Beispiel. Die Patientin, Frau C.C., besuchte mich am 14. Februar 1903 wegen zwei kleinen typischen Lichenscheiben, auf jedem Vorderarm eine. Diese hatten sich im Laufe von vier Monaten entwickelt und waren in der letzten Zeit ziemlich unverändert geblieben. Unter dem Einfluss von Quecksilber-Karbolpflastermull erblafsten anfangs die kranken Stellen, aber nach einigen Tagen trat eine leichte Dermatitis auf. Das Pflaster wurde sofort ausgesetzt, die Rötung war bald wieder vorüber, aber jetzt entwickelten sich neue polygonale Papeln, einige in der Umgebung der alten Scheiben, andere auch an entfernten Stellen, so vorwiegend auf feinen Hautgefäfsen und Telangiektasien der unteren Extremitäten. Einige dieser neuen Knötchen sind nicht erhaben und an ihrer circumskripten, halb durchscheinenden, bei Druck gelbbraunen Verfärbung zu erkennen. In der Zeit, in der die neuen Schübe sich ausbildeten, heilten die alten Stellen ohne Behandlung gänzlich ab. Zu dieser Zeit entwickelte sich auch ein geringer Grad von Rosacea und Seborrhoe der Nase und angrenzenden Teile der Wangenhaut.

Behandlung mit verschiedenen Salben (Sapolan, Ac. tartaric., Ac. salicylic., Ac. phenylic.) und Fowlers Tropfen, bis 20 pro Tag, war nicht im Stande, die Krankheit in ihrer Ausbreitung zu hemmen; im Gegenteil, sie verallgemeinerte sich derart, dafs anfangs Mai nur noch einzelne gesunde Hautstellen an den stark geschwollenen, roten und heftig juckenden Extremitäten zu sehen waren. Der Rumpf und das Gesicht waren weniger befallen. Die neuen Schübe kamen immer ziemlich symmetrisch, gleichzeitig oder nach einander an beiden Seiten des Körpers. Unter fortgesetzter Arsenikbehandlung nahm die Pigmentierung besonders im Zentrum der Lichenscheiben stark zu. Am Ende des Monats Mai schossen

kurz nach einander auf vielen Lichenscheiben flache Blasen auf, die meistenteils nur das Zentrum der Papelkomplexe einnahmen und noch von einem blaurötlichen Lichensaum umrahmt waren. Die unteren Extremitäten waren geschwollen, hart ödematös, schmerzhaft. Die folgenden Tage kamen wieder viele Blasen hinzu, und einige dieser hatten eine hämorrhagische Beschaffenheit. Bis jetzt waren alle Blasen auf Lichenefflorescenzen entstanden; von nun an änderte sich aber der Charakter des Ausschlages. Die Blasen vermehrten sich, waren stärker gefüllt und gespannt, und was vor allem auffällig war, sie entwickelten sich auch aus gesunder Haut, ohne vorhergehende Veränderung. Je mehr sich nun die Acuität des Blasenausschlags steigerte, desto weniger Lichenefflorescenzen entstanden. Die alten Lichenstellen erblafsten und verschwanden, so dafs am 4. Juni 1903 sich blofs Blasen, Pigmentierung und ödematöse Schwellung, aber nicht mehr Lichenpapeln, zeigten. Der Ausschlag hatte das Aussehen von Pemphigus bekommen. Die Blasen waren Linsen- bis Uhrglas-grofs. Sie hatten entweder kolloiden oder serösen, meistenteils aber hämorrhagischen Inhalt. Die ganze Hautoberfläche war bräunlich verfärbt, dick, runzlig, stellenweise bedeckt mit Blasen, Schilferkrusten von eingetrockneten Bullae, dazu weifse oder rosa achromatöse Stellen der abgeheilten Blasen. Auf der Schleimhaut des Mundes und Rachens bildeten sich ebenfalls Blasen, die lange intakt blieben und mit einer gelatinösen Substanz gefüllt waren. Dieser Stoff war so fest, dafs er aus einem Einschnitt nicht ausfloss. Eine dieser Blasen im Rachen brachte Erstickungsgefahr, die aber ohne Kunsthilfe vorüberging. Die Kopfhaare gingen zum Teile aus, und die Nägel wuchsen nicht weiter fort. An den inneren Organen war nichts Abnormes zu entdecken. Keine Albuminurie, keine Eosinophylie (des Blaseninhaltes), in dieser Zeit auch kein Nikolskisches Phänomen. Das allgemeine Befinden blieb in Anbetracht der schlaflosen Nächte und des heftigen Juckens ziemlich gut, doch war die Stimmung deprimiert und die Körpertemperatur abends etwas erhöht.

Verschiedene interne Mittel, darunter Ergotin, Belladonna, Morphin, Brom und äufserlich Zinkichthyolsalbe wurden vergebens versucht.

Den 26. Juni desselben Jahres wurde eine Injektionskur von Natrium arsenicosum, jeden Tag eine Pravazsche Spritze zu $^1/_{100}$-Lösung, angefangen. Dabei trat bald eine Verbesserung ein in dem Sinne, dafs die Blasen der neuen Schübe weniger grofs wurden und nicht mehr blutig gefärbt erschienen. Sie entwickelten sich noch immer in grofser Anzahl, meistenteils regionär und symmetrisch und unter fortwährendem Jucken. Am Halse und auf der Brust waren viele Blasen ringförmig in der erythematösen Haut angeordnet, und diese umschlossen bisweilen noch eine zentrale Blase unter dem Bilde des Herpes iris. Auch auf dem behaarten Kopfe schossen viele Blasen auf. Da schliefslich keine gesunde Haut

zum Einspritzen mehr übrig war (bloſs ein Teil des Gesichts war noch frei geblieben), da weiter die Injektionen sehr schmerzten und wenig nützten, gaben wir diese Behandlung auf und verordneten Asiatische Pillen. Diese wurden vom 26. Juli bis 12. September in steigenden Dosen bis zu 75 mgr Ac. arsenicosum pro Tag verabreicht. Nur die groſsen Blasen wurden geöffnet und, wenn viel Sekret nachsickerte, mit Zinksalbe verbunden; die meisten Blasen trockneten von selbst ein. Während dieser Behandlung trat eine langsame aber allmähliche Heilung ein, die Anzahl der anwesenden Blasen nahm immer mehr ab; bloſs die Pigmentierung der ganzen Haut und die Seborrhoe des Gesichtes nahmen zu. Der Haarwuchs wurde wieder üppiger; die Nägel schossen wieder auf. Die alten Nägel waren dicker geworden. Sie wurden von der nachrückenden, sehr dünnen und bruchigen Nagelplatte immer mehr nach vorn gebracht, bis sie abfielen. Die Haut der Hände war dick, rauh und hyperkeratotisch. Die Finger konnten nicht vollkommen gestreckt werden.

Nachdem die Patientin während einiger Wochen die tägliche Dosis von 75 mgr ac. arsenic. verbraucht hatte, kam sie allmählich ohne Nachteil auf 30 mgr zurück. Anfangs Oktober schossen täglich 2—8 neue Blasen auf.

Mit der Verbesserung nahm merkwürdigerweise die Verschieblichkeit der Oberhaut zu, so daſs um diese Zeit Nikolskis Phänomen recht deutlich war. Die meisten Blasen entwickelten sich nach leichten Traumen und auf gedrückten Stellen.

Nachdem noch einige Wochen Arsenik genommen wurde, kamen Zeichen von Intoleranz vor, namentlich Trockenheit im Halse, Husten und suppurative Folliculitis. Anfangs November wurde das Mittel gänzlich ausgesetzt. Nunmehr kamen bloſs noch auf Druckstellen Blasen vor, die Pigmentierung ging zurück, die deprimierte Stimmung machte wieder einer heiteren Platz. Während sechs Wochen zeigten sich noch täglich einige kleine Blasen, so daſs wieder zum Arsenik, diesmal in Form des Bourboulewassers „Choussy“ gegriffen wurde. Schon nach Verbrauch von neun Eſslöffeln des Wassers pro Tag trat wieder Trockenheit im Schlunde auf, aber trotzdem es nur kurze Zeit genommen wurde, zeigten sich keine Blasen mehr. Eine Woche war Patientin vollkommen frei von jedem Ausschlage, als sie wieder Jucken im Nacken spürte. Unter diffuser Rötung der Haut entwickelten sich wieder einige rosa, flache, polygonale Lichenplanusknötchen, nachdem diese Effloreszenzen ein halbes Jahr gefehlt hatten. Diese waren nach vier Wochen wieder verschwunden. Nachher ist nur Jucken hinterblieben und dann und wann eine Urticariaquaddel zu sehen. Lichenknötchen und Blasen sind nicht zurückgekehrt. Patientin nimmt jetzt wieder Bourboulewasser ($2^1/_2$ mgr. ac. arsenic. pro die) fort.

Anamnestische data sind folgende: Ihr Mann ist gesund, seit einigen Jahren ist er von Aktinomykose des Rachens geheilt. Ihre Kinder, vier Töchter und ein Sohn, sind auch alle vollkommen gesund. Sie selbst ist auch niemals ernstlich krank gewesen. Kurz vor und während ihrer Krankheit aber kamen in ihrer Familie Todesfälle vor, die als praedisponierende Momente von Bedeutung sein mögen.

In diesem Falle also hat nach lokaler Irritation (Hq.-carbol. pfl.-mull) Verallgemeinerung stattgefunden, vermutlich auf dem Wege der Blutbahn (Effloreszenzen den cutanen Venen entlang, abendliche Temperaturerhöhung).

Bronson äufsert sich (im *Journal of cut. and gen.-urin. dis.* 1901) folgendermafsen: „Es ist eine anerkannte Tatsache, dafs Lichen planus durch äufsere Irritation angefacht und veranlafst wird.

W. Allen, welcher Lichen planus pemphigoides nur bei schlecht genährten Leuten sah (*Journal of cut. and gen.-urin. dis.* 1902), behauptet, dafs die bullöse Entartung hauptsächlich Folge des Kratzens sei. Die papulösen Effloreszenzen gehen in sero-hämorrhagische Bläschen über. Nach Curettement soll bald Heilung eintreten.

Man könnte meinen, dafs die bullöse Entartung des Lichens eine Folge der Arsenikmedikation sei; das ist schon lange widerlegt durch Fälle von Lichen pemphigoides, die entstanden sind, ohne dafs Arsenik genommen wurde.

A. Whitfield konnte aus der Literatur 9 von 16 Fällen bullöser Lichen sammeln, wo keine Arsenbehandlung vorangegangen war (*Brit. Journ. of Derm.* Mai 1902). In gleichem Sinne äufsern sich auch Bettmann (*Derm. Zeitschr.* 1901), Hallopeau und Lemierre (*Soc. franç. de Derm.* 1901). Unter meinen Lichenkranken haben mehrere Blasen bekommen. Dabei sind zu unterscheiden: erstens flache Aufhebungen der Epidermis auf Lichenscheiben; diese habe ich öfter an der unteren, als an der oberen Extremität angetroffen; zweitens Blasen auf Druckstellen, am meisten auf den Fufssohlen und anderen Stellen der Füfse, und bei Frauen auch in der Gegend der Taille auftretend, und drittens Blasen, wie in dem beschriebenen Falle, mit flüssigem oder gelatinösem, mehr oder weniger hämorrhagischen Inhalt, die symmetrisch aufschiefsen, unabhängig vom Lichenausschlag. Bei diesem letzteren kann man sich von der Annahme eines zentralen Ursprungs oder einer Blutinfektion, oder beider Ursachen zugleich, nicht losmachen. — Ich glaube, dafs man diese Fälle als benigne Pemphigus deuten wird, wenn das Stadium der lichenösen Effloreszenzen nicht zur Beobachtung gelangt ist. Ein solcher Fall befand sich auf meiner Abteilung im Städtischen Krankenhause zu Amsterdam. Er ist von meinem Assistenten Dr. Pastoors (*Tijdschrift vor Geneeskunde*, 1903, Seite 613) bekanntgemacht. Die lichenöse Natur des Pemphigus war nur anamnestisch zu eruieren und somit konnte die Diagnose nur vermutet werden. Es würde

zu viel Raum wegnehmen, den interessanten Kasus auch hier mitzuteilen. In diesem Falle hatten wir an Lichen gedacht aus folgenden Gründen:

1. Die Behauptung des Patienten, die Krankheit hätte mit kleinen, stark juckenden Knötchen angefangen. 2. Starke Pigmentierung der Haut, ohne daſs Arsenik genommen wurde. 3. Erysipeloide Anfälle, so wie sie bei akuten Lichenformen angetroffen werden, kamen auch hier vor. 4. Hyperkeratosen der Hand- und Fuſsrücken, die bei Lichen vielfach auftreten in der Form wie in unserem Falle. 5. Das histologische Bild der hyperkeratotischen Stellen, wo die Inkohärenz zwischen Epidermis und Korium wie bei Lichen deutlich zutage tritt. 7. Die schon zwei Jahre dauernde Heilung.

Über die Bedeutung der pemphigusartigen Blasen beim Lichen sind die Meinungen noch sehr geteilt. An ein zufälliges Zusammentreffen von Lichen und Pemphigus ist wohl nicht zu denken, dafür werden Blasen beim Lichen zu oft angetroffen. Auch wird Pemphigus gegenüber hier keine Eosinophylie der Blasen gefunden. Daſs die Blasen infektiöser Natur und durch Trauma (Kratzen) veranlaſst sein sollten, ist ebenfalls nicht wahrscheinlich; denn so wie Leredde es schon gesagt hat (*Ann. de Derm. et de Syph.*, 1895, Le lichen plan à forme bulleuse), entwickeln die Blasen sich, ohne daſs gekratzt wird, an Stellen, die durch Verbände geschützt sind, auf gesunder Haut, ohne periphere Entzündung, und sie bleiben einige Tage serös. Dagegen hat eine Erklärung der Blasen als einer Äuſserung der Lichenkrankheit selber vieles für sich. Denn das pemphigusähnliche Stadium bildete sich in unserem Falle aus dem Lichen bullosus heraus, d. h. die Blasen sind erst an Lichenpapeln gebunden, erst später entwickelten sie sich selbständig; endlich waren papulöse Effloreszenzen gar nicht mehr anwesend. Die Blasen haben oft kolloiden Inhalt, gerade so, wie er im Lichenknötchen gefunden wird. Bei Lichenpapeln wird eine Auflockerung zwischen Epidermis und Cutis histologisch häufig konstatiert; die Blasen stellen nur eine weitere Stufe dieses Prozesses vor. — Ich schlieſse mich also der Meinung Kaposis an, der in seiner „Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten“ unter dem Namen „Lichen pemphigoides“ diese Fälle als zu Lichen gehörig ansieht.

Ich möchte kurz zusammenfassend meine Meinung aussprechen:

1. Lichen ist keine mono-, sondern eine polymorphe Krankheit, die aber meistens monomorph auftritt. 2. Es kommt eine rein bullöse Form von Lichen vor, unter dem Bilde des Pemphigus. 3. Jede äuſsere Irritation: Druck, Reibung, chemischer Reiz usw. befördern die bullöse Umänderung der Krankheit und geben zur Verallgemeinerung Veranlassung. 4. Arsen ist auch bei dieser Form der Krankheit angezeigt.

Zur Infektiosität des Gumma.

Von

Dr. Ernst Delbanco - Hamburg.

In der *Münch. med. Wochenschr.* 1903, Nr. 16, findet sich das Referat einer von mir in der biologischen Sektion des Hamburger ärztlichen Vereins — Sitzung vom 17. März 1903 — zur Infektiosität des Gumma gemachten Mitteilung:

„Der 40jährige Patient hatte vor 14 Jahren den Primäraffekt akquiriert, hatte damals in einem Hamburger Krankenhause einer vierwöchentlichen Schmierkur sich unterzogen. Seitdem angeblich ohne Symptome, ohne Behandlung. Im Juli v. J. (1902) kehrte er von einer längeren Geschäftsreise zurück mit Geschwüren am Penis, welche ihn an einem Verkehr mit der 50jährigen Gattin, welche selbst in zweiter Ehe verheiratet ist, nicht hinderten. Ende August sah D. das Ehepaar, welches unter irrtümlichen Diagnosen bis dahin behandelt war. Bei der Frau breite Papeln an den Genitalien, Roseola, syphilitische Pusteln der Kopfhaut, hochgradige Anämie, starker Kopfschmerz; bei dem Manne ein ulceriertes Gumma an der Unterseite des Penis hinter der Eichel, welches dicht vor dem Einbruch in die Urethra stand, ein zweites, an Umfang viel beträchtlicheres Gumma zwischen Scrotum und Penis in der Tiefe der Falte.

Der Fall liegt so, daſs Delbanco voll und ganz dafür eintritt, daſs die Ehefrau durch die Gummata des Mannes infiziert wurde. Ulcerierte Papeln oder gar Primäraffekte im Sinne einer Reinfektion sind auszuschlieſsen.

Der prinzipiell sehr wichtige Fall besitzt in der Literatur nur sehr wenige Seitenstücke. In den Fällen Fournier 1875, Landouzy 1889, Ehlers 1894, Sack 1901[1] waren es auch Gummata des Penis, welche die Infektion vermittelten. Zum Pariser internationalen Kongreſs hatte Feulard in seinem Referat über die Dauer der Ansteckungsfähigkeit der Syphilis eine gröſsere Zahl von Fällen zusammengetragen, in welchen nach 6, 8, 10, 14 und mehr Jahren nach dem Primäraffekt eine Übertragung statthatte. Unter diesen aber nur die Fälle Fournier und Landouzy, in welchen die Träger des Kontagium spätsyphilitische Symptome zeigten. Auſser diesen Fällen ist die Kasuistik der mit ihren Spä-

[1] Durch ein Versehen im Referat fortgelassen.

erscheinungen infizierenden Syphilis klein. Die Möglichkeit solchen Vorkommens ist von hervorragenden Autoren (JADASSOHN u. a.) stets im Auge behalten worden."

Das klinische Interesse, welches die Beobachtung bietet, läfst mich an dieser Stelle das kurze Referat ergänzen.

Ende August 1902 wurde ich von einem Kollegen zur Behandlung des Ehepaares B. hinzugezogen. Zwei schlecht heilende Geschwüre an den Genitalien des Mannes waren von dem Vorgänger des mich konsultierenden Kollegen nach Angabe des Patienten für bedeutungslos erklärt und mit Airol bedeckt worden. Ein Exanthem am Körper der Gattin war für ein Ekzema gehalten und mit Levicowasser behandelt worden. Die mangelnden Fortschritte in der Heilung der Affektionen und daneben die rasenden Kopfschmerzen der Gattin hatten das Ehepaar veranlafst, nach einem anderen Arzt sich umzusehen, welcher den Ernst der Situation sofort erfafst und mich daher zur Besprechung hinzugezogen hatte. An dem Penis des 48jährigen Patienten konstatierte ich an der Unterseite an der Stelle der Corona glandis, die Grenze der Glans nach vorn und hinten überschreitend, ein kraterförmiges, den Umfang eines Fünfpfennigstückes einnehmendes Geschwür mit unebenem, eitrig belegtem Grunde und mit infiltrierten, derben, erhabenen Rändern. Dicht vor dem Einbruch in die Urethra stand das Ulcus. Ein zweites kraterförmiges, den Umfang eines Zweimarkstückes zeigendes, im übrigen dem ersten völlig gleichendes Geschwür fand sich in der Tiefe der Falte zwischen Penisschaft und Scrotum, beide in gleicher Ausdehnung in Anspruch nehmend. Drüsenschwellungen und besondere lokale Beschwerden bestanden nicht. Da es sich nur um zerfallene gummöse Neubildungen handeln konnte, fragte ich den Patienten sofort, wie lange seine Infektion zurückläge. Vor 14 Jahren war er in einem hiesigen Krankenhause mit einer Schmierkur behandelt worden. Seitdem hatte niemals wieder eine spezifische Behandlung stattgehabt. Wo der Sitz des Primäraffektes gewesen war, wufste Patient nicht mehr genau anzugeben. Er meinte, dafs er in der Gegend des Bändchens gewesen war. Die Untersuchung der übrigen Organe des sehr aufgeregten und temperamentvollen Mannes förderte im übrigen nichts von Belang zutage. Ebensowenig wie die Drüsen der Leistenbeugen waren die Drüsen der Nacken- und der Cubitalgegend geschwollen. Die Sinnesorgane waren ganz normal. Die Mundhöhle und die Rachenorgane waren ohne Veränderung. Eiweifs und Zucker enthielt der Urin nicht. Der kräftige, eine wohlausgebildete Muskulatur besitzende Mann bewegte sich viel auf Reisen, galt wegen seiner musikalischen Talente und seiner guten Formen für einen interessanten Gesellschafter, exzedierte in baccho et venere, trug aber ein in seinen Stimmungen so wechselndes Wesen zur Schau, dafs wir uns auch in Rücksicht auf sein leichtfertiges Umgehen mit Geld die Frage ernstlich vorlegten, ob eine Paralyse vorliege. Wiederholte eingehende Untersuchungen brachten uns aber von dem Verdacht zurück. Auch nicht die geringsten somatischen Störungen lagen vor. Überdies war sein sprunghaftes Wesen schon seit vielen Jahren bekannt.

Von seiner letzten Geschäftsreise war B. mit den ulcerierten Stellen an den Genitalien heimgekehrt, ohne sich gehindert zu fühlen, mit seiner Gattin geschlechtlich zu verkehren. Ende der ersten Augustwoche stellten sich mit heftigen Kopfschmerzen die ausgebreiteten Erscheinungen an der Haut der Patientin ein, an deren spezifischer Natur von vornherein kein Zweifel hätte sein dürfen. An der 50jährigen Frau, welche in zweiter Ehe lebte, konnte ich neben einer ausgebreiteten Roseola Papeln an der Scheide, dem After und den Tonsillen feststellen. Aufserdem fiel die hochgradige

Anämie auf. Die Drüsenschwellungen, die reifsenden Kopfschmerzen und die rheumatischen, nachts sich steigernden Beschwerden vervollständigten den Schulfall der frischen Infektion.

Das aufserordentliche Interesse an dem seltenen Ereignis — bei dem ich angesichts der Patientin von vornherein mich sicher dünkte in der Annahme, dafs im Falle einer geschlechtlichen Infektion die spätsyphilitische Eruption des Gatten die Infektion vermittelt hatte — liefs mich sofort den Körper der Patientin nach einem extragenitalen Primäraffekt bezw. nach Resten eines solchen absuchen. Von einem solchen extragenitalen Ulcus, das hier von fremder Quelle stammend ein eigenartiger Zufall hätte sein müssen, war nichts zu entdecken. Allerdings vermochte ich den Sitz des eigentlichen Primäraffektes auch nicht mehr zu bestimmen. Ein leichtes Ödem an der kleinen linken Labie konnte den Sitz des geschwundenen Schankers bedeuten. Die Patientin teilte mir bei späteren Konsultationen mit, dafs sie, die offenbar für den Mann keine Anziehungskraft mehr besafs und in wenig harmonischer Ehe mit ihm lebte, perverse Angriffe abwehren mufste; so habe der Gatte wiederholt einen Coitus in anum versucht. Die mifslichen Verhältnisse erörtere ich hier, um einmal die Möglichkeit zu berühren, dafs der Primäraffekt am Anus seinen Sitz gehabt habe, da die Patientin vor Ausbruch der Erscheinungen an heftigen Schmerzen am After gelitten hatte, um anderseits aber zu beweisen, dafs wir nichts aus den Augen gelassen haben, um die Beobachtung möglichst vollständig zu machen. Der späte Termin, an welchem wir die Patientin sahen, war schuld, dafs für den kritischen Leser die Beobachtung vielleicht eine Lücke aufweist. Anderseits habe ich bei diesem Fall daran gedacht, ob nicht, was durchaus nicht so sehr selten ist, eine Sklerose überhaupt gefehlt hat, und die Krankheit in den Papeln als erstem Symptom zum Ausbruch gekommen ist.

Bei der Wichtigkeit des Falles fragte ich, so peinlich es mir war, anläfslich einer zweiten Konsultation die im übrigen äufserlich recht reizlose Frau, nachdem sie sich in ihr Schicksal gefunden und sich beruhigt hatte, unter vier Augen, ob sie mir ehrenwörtlich versichern könnte, dafs ein anderer geschlechtlicher Verkehr nicht stattgefunden habe. Die gebildete und in strengen Anschauungen aufgewachsene Patientin gab mir ihr Ehrenwort. Das erwähne ich hier, um einen naheliegenden Einwand zu entkräften.

Ein zweiter Einwand dürfte an den Charakter der Affektion des Mannes sich knüpfen, dafs keine Gummata, sondern ulcerierte Papeln vorgelegen haben. Echte Papeln nach so langer Zeit — in diesem Falle waren 14 Jahre seit dem Primäraffekt verflossen — sind, wenn auch nicht am Penis, gelegentlich beobachtet und beschrieben worden. Das Intervall von 14 Jahren stützt trotzdem die Diagnose Gumma. Die Multiplizität der ulcerösen Prozesse, die kraterförmige Ulceration, der unebene Boden des Geschwürs, sein eitriger Belag, die elevierten, infiltrierten, ungleich hohen Ränder, die absolute Unempfindlichkeit, die mangelnde Drüsenschwellung machen die Diagnose einwandsfrei. Ein Zufall hatte mir wie zum Vergleich zu derselben Zeit an einem Patienten, dessen Infektion fünf Jahre zurücklag, und welchen ich seit drei Jahren kannte, eine isolierte, fünfpfennigstückgrofse, ulcerierte bezw. erodierte Papel an dem Rücken des Penis gezeigt. Ein ganz anderes Bild. Gehört auch das Erscheinen von Papeln bei einem fünfjährigen Alter der Krankheit zu den selteneren Erscheinungen, so war in diesem Falle schon der erste Anblick für die Diagnose entscheidend. An der runden, fünfpfennigstückgrofsen Efflorescenz war die Peripherie in einer Breite von etwa 3 mm noch erhalten. Die ziemlich derbe Infiltration sah äufserlich opulin weifs-bläulich aus. Das Zentrum war an seiner Oberfläche des Epithels entblöfst; ein wenig sezernierendes oberflächliches Ulcus bildete das Zentrum der Papel. Jodkalium, welches für acht Tage aus äufseren Gründen

anstatt Hg gegeben wurde, wirkte ebensowenig, wie es eigentlich in jedem Falle von Gumma wirksam ist. Erst einige Spritzen von Hg salicyl. brachten die Spätpapel zum Verschwinden. In diesem Falle sowohl wie in dem meiner Mitteilung zugrunde liegenden war nicht mehr festzustellen, ob eine Verletzung oder Schrunde am Penis den Ausbruch der spezifischen Veränderung bedingt hat.[1] Das reizvolle Kapitel Syphilis und Trauma hätte im Falle einer wissentlichen Exkoriation bei beiden Patienten eine wertvolle Bereicherung erfahren. Hierüber aber noch später.

Die Literatur — eine erschöpfende Vollständigkeit verbürge ich nicht — berichtet über folgende einschlägige Fälle:

1. Ehlers (Kopenhagen), Verhandlungen des IV. Kongresses der Deutschen dermatologischen Gesellschaft, Breslau 1894 (Referat von Jadassohn):

Neue Statistik über 1501 Fälle von tertiärer Lues.

„Zum Schluſs betont Ehlers, daſs, wenn auf der einen Seite die Infektiosität der Lues 5—10 Jahre anhalten könne, und anderseits die tertiären Symptome meist schon in den ersten Jahren auftreten, das Dogma von Nichtinfektiosität der letzteren wenigstens mit Rücksicht auf die gummösen Ulcerationen der Genitalien gründlichst zu revidieren ist; er berichtet zum Beweise dafür über einen Fall, in dem nach seiner Ansicht mit aller Bestimmtheit ein acht Jahre post infectionem entstandenes Spätulcus am Penis eines Ehemannes zur frischen Ansteckung seiner Frau geführt hat."

2. Landouzy (Verhandlungen des I. internationalen Dermatologenkongresses 1889), zitiert nach Feulard (Verhandlungen des II. internationalen Dermatologenkongresses, London 1896):

Duration of period of contagion in Syphilis.

„Un monsieur frisant la cinquantaine (traité vers la trentaine par Ricord, pour un chancre infectant de la verge) se présente avec une ulcération infractueuse, suppurant, intermédiaire au gland et au prépuce, ulcération que M. Landouzy diagnostique gomme syphilitique, diagnostic confirmé le jour même par le professeur Fournier.

Aucune autre lésion que cette ulcération gommeuse venue lentement et qui s'est augmentée à la suite des rapports sexuels fréquents et ardents avec sa jeune femme.

Celle-ci, examinée quarante-huit heures après, est atteinte de roséole et de pléiades ganglionnaires multiples. Impossible de trouver la porte d'entrée de la syphilis. Quelques mois après, la jeune femme présente des plaques muqueuses vulvaires, anales, gutturales et linguales.

La gomme de la verge traitée guérit rapidement et M. X .... ne présente plus dans la suite aucun accident.

(Durée de la syphilis au moment de la transmission: 20 ans.)"

3. Fournier („communication recueillie en 1875"), zitiert nach Feulard (siehe unter 2):

„M. et Mme. X .... se présentent à la consultation de M. Fournier le 21 juin 1875; ils sont étrangers et viennent de faire une cure d'eaux sulfureuses en France. Cette cure a été indiquée par le médecin de leur pays, pour Mme. X .... qui a présenté en mars précédent tous les symptômes d'une infection syphilitique; Mme. X ....

---

[1] Für das zweite Gumma zwischen Penisschaft und Scrotum käme auch eine intertriginöse macerierende Schweiſssekretion in Betracht.

présente encore actuellement des plaques amygdaliennes. Suivant l'avis du médecin traitant, la syphilis de Mme. X.... lui a été transmise certainement par son mari.

M. X.... a eu la syphilis en 1861; il a été traité à Aix-la-Chapelle et n'a rien eu pendant treize ans; en août 1874, il a eu sur la verge une plaie qui a été considérée comme un nouveau chancre, qui a laissé un cicatrice et qui était (diagnostic rétrospectif de M. Fournier) une syphilide tertiaire. Cette ulcération, qui s'est rouverte à diverses réprises, était ouverte en février 1875 alors que le malade avait rapport avec sa femme, et n'a été suivie d'ailleurs d'ancun accident sécondaire; il s'agissait donc bien d'un accident tertiaire. M. X.... a actuellement un peu hémiplégie faciale.

(Durée de la syphilis au moment de la transmission: 14 ans.)"

4. Sack, Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte zu Hamburg, Abteilung für Dermatologie und Syphilis (F. C. W. Vogel, Leipzig), II. Teil, S. 424:

Die Übertragbarkeit der Spätsyphilis in der Ehe.

„Das gummöse Geschwür entwickelte sich bei einem jungverheirateten Herrn, der eine leichte und sehr ungenügend behandelte Syphilis vor etwa zehn Jahren durchgemacht hatte, kurz nach der Verheiratung am Frenulum, dort, wo der ursprüngliche Primäraffekt damals gesessen hatte, — gehörte somit dem Typus jener gummösen Neubildungen an, welche die Franzosen mit dem Namen Pseudo-Chancre redux bezeichnet haben. Dafs jede frische Reinfektion ausgeschlossen war, folgt aus dem klinischen Bilde, dem klinischen Verlaufe und dem Erfolge der Jodtherapie. Das Bild war genau das eines tuberös-ulcerösen Hautsyphilids (also Hautgummas). Der weitere Verlauf zeigte keine Beteiligung der Drüsen, der Haut und der Schleimhäute, mit einem Wort: keine rezente Syphilis; die alleinige Therapie mit grofsen Dosen Jodkalium und schwachen Sublimatumschlägen genügte, um das zerfallende Geschwür binnen drei Wochen zur Heilung zu bringen — kurz, es lagen alle Anzeichen eines tertiärgummösen Syphilids vor. Trotzdem entwickelte sich bei der kaum sechs Wochen lang verheirateten jungen Frau, die inzwischen gravid geworden war, an der korrespondierenden Stelle (Commissura posterior) eine ausgesprochene Sklerose mit nachfolgenden harten Drüsenplejaden in den Inguines, mit heftigster Cephalea, akuter Anämie, allgemeiner Adenitis, Leukoderma und makulösen Syphiliden. Trotz der sofort eingeleiteten energischen Schmierkur abortierte die Frau im sechsten Monat. Der Fötus kam faul zur Welt.

Soweit die Krankengeschichte, die keinen Zweifel an der Tatsache aufkommen lassen kann, dafs hier ein vor zehn Jahren infizierter, mangelhaft behandelter Ehemann seine junge Frau während der ersten Eheexzesse, die möglicherweise als ein traumatischer Reiz gewirkt haben, durch ein Gumma, das sich an der Stelle entwickelt, wo er seinerzeit eine Sklerose hatte, mit Syphilis infiziert hat."

In den aufgeführten vier Beobachtungen hatte es sich also um ulcerierte Spätsyphilide an den Genitalien gehandelt. Meine eigene Beobachtung gesellte sich als fünfte zu diesen hinzu; sie stellt ein genauestes Seitenstück dar. Angesichts dieser fünf Fälle liegt der Gedanke nahe, dafs die gummösen Neubildungen deshalb so selten infizieren, weil sie gewöhnlich an Stellen (Periost u. a.) gelagert sind, an welchen eine direkte Übertragung kaum möglich ist. Über die Genese der Spätsyphilide am Penis — es hat sich in den zitierten Fällen um jung ver-

heiratete Ehemänner, in meinem Falle um einen den außerehelichen Coitus oft ausübenden Lebemann gehandelt — noch an späterer Stelle.[3]

---

[3] Meinem Spezialkollegen Dr. Goldzieher und unserem Neurologen Dr. Sänger verdanke ich, während der Drucklegung meines Vortrages, die Mitteilung eines weiteren die Infektiosität der gummösen Periode beweisenden Falles. Dr. Goldzieher schreibt mir:

„Im Frühjahr 1898 wird der 32jährige Kaufmann X. wegen Strictura urethrae mit einer Bougie-Kur behandelt. Kurz nach seiner Rückkehr von der Hochzeitsreise (20. III. bis 12. IV. 98) stellt sich mir Patient mit einem vier Tage vorher bemerkten tuberösen Syphilid am rechten Unterschenkel vor (Ende April 98). Auf mein Befragen nach dem Zeitpunkt der luetischen Infektion gibt er an: im Jahre 1889 am Oberschenkel einen merkwürdigen roten Fleck gehabt zu haben, über dessen Natur zwei konsultierte Ärzte nicht ganz im klaren waren (Ulcus?). Jedenfalls bestand bald darauf eine allgemeine Anschwellung der Drüsen, namentlich der Hals- und Nackendrüsen. Eine spezifische Kur wurde eingeleitet, indem viel Jod getrunken wurde, aber nur ganz wenige Einreibungen erfolgten. Später hat Patient nie wieder Erscheinungen gehabt, aber öfter Schwindelanfälle überstanden. Eine Stelle am Penis während einer militärischen Übung 1896 wurde mit einfachen Vaseline-Einreibungen geheilt.

Meine Mahnungen, den Verkehr mit seiner Frau zu unterlassen, wurden hauptsächlich aus dem Grunde gegeben, um einer Infektion durch Konzeption zu entgehen, statt dessen konstatierte ich bei der Konjux nach einigen Wochen ein maculopapulöses Exanthem von kolossaler Mächtigkeit. Da Ihnen der weitere Verlauf bei Herrn X. bekannt ist, möchte ich nur noch erwähnen, daß der Verlauf der Krankheit bei der Frau insofern ein sehr schwerer ist, als sich äußerst hartnäckige und sich sehr häufig folgende Rezidive einstellen."

Soweit Dr. Goldziehers Bericht. Der Patient erkrankte Oktober 1898 an einer Rückenmarkssyphilis; der konsultierte Neurologe Dr. Sänger vervollständigt den Bericht:

„Der betreffende Patient erkrankte Oktober 1898 mit Rückenschmerzen; dann stellte sich Blasenlähmung ein. Der Gang wurde unsicher. In einigen Tagen waren die Beine komplet gelähmt. Die Rückenschmerzen ließen nach. 1889 luetische Infektion. 1891 hatte eine auswärtige Autorität ihn für gesund erklärt. Im Dezember 1897 Schwindelattacken, die fälschlich auf Nikotinintoxikation bezogen worden waren. Als ich den Patient am 23. Oktober 1898 zuerst sah, konstatierte ich: beide unteren Extremitäten völlig schlaff gelähmt, Patellarreflexe fehlen beiderseits, ebenso der Achillesreflex, die Plantarreflexe beiderseits lebhaft. Sensibilität am Hodensack, um die Anus und am Gefäß deutlich herabgesetzt. Decubitalröte am Kreuzbein, Retentio urinae, Cystitis, Incontinentia alvi, Insensibilität bei Durchtritt der Fäces. Hirnnerven intakt; nur Pupillendifferenz. (Reaktion gut.) Ophthalmoskopischer Befund normal. Sensorium frei. — Unter einer antisyphilitischen Behandlung (Traitement mixte) trat völlige Heilung ein. Es handelt sich um eine Rückenmarkssyphilis, die, wie so oft sich akut entwickelt hatte unter dem Bilde der akuten Quer-Myelitis." In der genauen Epikrise des Falles erklärt Sänger den Fall unter der speziellen Diagnose der gummösen Spinalmeningitis. Nach seiner autoritativen Erfahrung tritt die Rückenmarkssyphilis in den meisten Fällen innerhalb der ersten 6—8 Jahre auf. Es interessiert hier nebenbei, daß Sänger auch Fälle kennt, welche im ersten Jahre der syphilitischen Infektion also im Sekundärstadium zur Beobachtung kamen. „Das sind aber

Ich füge hier eine weitere Beobachtung an. Die eine entstammt wiederum LANDOUZY; sie wurde FEULARD für sein Referat auf dem internationalen Pariser Kongrefs zur Verfügung gestellt. Es handelte sich — bei der Länge des klinischen Berichtes verzichte ich auf ein wörtliches Zitat — um einen 34jährigen, seit vier Jahren verheirateten Mann, welcher infolge Mifsbrauches von Tabak tertiäre Erscheinungen an der Zunge sich zugezogen hatte. Die bis dahin gesund gebliebene Frau akquirierte einen Tonsillarschanker. Der Fall wurde auch von FOURNIER gesehen und beglaubigt. Die Analyse der Beobachtung wird von LANDOUZY mit peinlicher Skepsis geliefert. Immerhin wird bei diesem Fall wie bei zwei weiteren Fällen von FOURNIER (Beobachtungen 18 und 19 bei FEULARD), wo 17 bezw. 18 Jahre nach der Infektion nicht ganz leicht zu deutende Erscheinungen der Zunge der Männer den Ehefrauen Lippenschanker eintrugen, eine Zurückhaltung geboten sein, da, wie FEULARD mit Recht betont, eine Infektion des Mundes und der Lippen durch viele Quellen erfolgen kann.

So beschränke ich mich auf die fünf Beobachtungen[4], an deren Beweiskraft ich nicht zweifle. Für die Zweifler aber stelle ich die Worte hierher, mit welchen FEULARD den ersten Teil seines ausgezeichneten Referates schlofs: „Il est probable que quelque-uns d'entre eux vont tout d'abord surprendre et provoquer encore le mouvement d'incrédulité qui accueillit les premières communications sur ce sujet, celle notamment de M. Landouzy, au Congrès de 1889. Mais le scepticisme plaisant qui fut trop longtemps de mode en matière de syphilis et trouve plus simple d'élever un doute sur la moralité des personnes que de chercher l'explication de faits en contradictions avec les idées reçues, n'est plus guère en honneur.

Nous prions nos collègues de croire que les faits qui vont suivre ont été récueillis dans les conditions les plus sérieuses et que les observateurs en garantissent les conditions morales de certitude. On verra d'ailleurs que c'est le plus souvent dans les premiers mois de leur mariage que ces malheureuses jeunes femmes furent contaminées à un moment où généralement la fidelité conjugale n'a pas encore en à subir de bien rudes assauts."

---

vielleicht zufällige Kombinationen von Myelitis mit Lues, keine richtigen Fälle von Rückenmarkssyphilis."

In demselben Jahr, in welchem der eben verheiratete Gatte seine Gattin — beide sind auch mir übrigens gut bekannt — infizierte, erkrankte er selbst an einer gummösen Spinalmeningitis. Für die beiden behandelnden Ärzte wie für mich bestand bei diesem Fall nicht der geringste Zweifel an seiner Beweiskraft im Sinne einer Infektiosität der gummösen Periode.

[4] Mit dem Fall GOLDZIEHER-SÄNGER sechs Beobachtungen.

Die aufgeführten fünf Beobachtungen[5] widerlegen die weitverbreitete Ansicht, dafs die gummösen Neubildungen nicht mehr infektionstüchtig sind. Auf dem fünften Kongrefs der Deutschen dermatolog. Gesellschaft zu Graz 1895 hatte sich JADASSOHN in der Diskussion über das Thema „Über die Beziehungen der tertiären Lues zur Therapie in der Frühperiode" gegen die FINGERsche Theorie gewandt, nach welcher die tertiäre Lues nicht mehr abhängig von dem organischen Virus, sondern von den Toxinen sei. Gegen diese Theorie sprachen nach JADASSOHN — ich folge einem Referate ULLMANNS über die Verhandlungen — die so zahlreich vorkommenden Übergangsformen, die Tatsache, dafs Tertiär-Syphilitische Kinder mit virulenter Syphilis erzeugen[6], das gleichzeitige Vorkommen von typisch-sekundären und typisch-tertiären Produkten. JADASSOHN dachte, dafs Zahl und Virulenz der Keime mafsgebend seien für die Art der Efflorescenzen. FINGER erwiderte allerdings, dafs die Toxine die Anwesenheit von zahlreichen Keimen nicht ausschliefse. — Aus der grofsen Literatur, deren erschöpfende Wiedergabe mir im Rahmen meiner Mitteilung nicht möglich ist, wollte ich gerade einen so hervorragenden Autor wie JADASSOHN zugunsten der durch meine Beobachtung vertretenen Ansicht von einer Infektionstüchtigkeit des Gumma zitieren; vor allem aber liegt mir an einer eindringlichen Betonung der von JADASSOHN hervorgeholten Tatsache, dafs Männer mit spätsyphilitischen Erscheinungen Kinder mit virulenter Syphilis zeugen. Diese Tatsache bildete für mich stets das Hauptargument gegen eine grundsätzliche Trennung der tertiären

---

[5] Mit dem Fall GOLDZIEHER-SÄNGER sechs Beobachtungen.

[6] Im Rahmen einer Anmerkung, weil nicht ganz zu unserem Thema gehörend, möchte ich an einen weiteren Satz der Diskussionsbemerkungen von JADASSOHN auf dem Grazer Kongrefs anknüpfen. JADASSOHN bezweifelte in konsequenter Vertretung der Annahme, dafs auch die tertiären Erscheinungen durch das lebende Syphilisgift veranlafst werden, das Vorkommen tertiärer Lues ohne vorangegangene sekundäre Symptome sowohl bei der hereditären Lues, als auch bei den nach dem COLLESSchen Gesetz immun gewordenen Frauen. Meines Erachtens wird der Syphilidologe mit besonderem Interesse sich den Fällen von kindlicher Paralyse und kindlicher Tabes zuwenden. Soweit ich orientiert bin, sind für solche Fälle bislang stets von den Beobachtern syphilitische Infektionen bei den Eltern festgelegt worden. Unser Neurologe Dr. TRÖMNER z. B. teilte mir solches für die drei Fälle kindlicher Paralyse seiner Erfahrung mit. An diesen drei Patienten, welche zwischen dem 12. und 15. Lebensjahre standen, waren in den jüngeren Jahren syphilitische Ausschläge nicht gesehen worden. Wenn wir auch Tabes und Paralyse, soweit wir die Syphilis ätiologisch verantwortlich machen, zu den parasyphilitischen Erscheinungen zählen wollen, so ist es doch im Prinzip gleich, ob gummöse oder parasyphilitische Veränderungen ohne sekundäre Vorstadien zur Kenntnis gelangen. Auf diese Fälle kindlicher Tabes und Paralyse wird in Zukunft gerade in diesem Sinne besonders zu achten sein, ob Frühsymptome bestanden haben, die häufig — das ist wohl auch JADASSOHNS Meinung — leicht übersehen werden.

Produkte von den Efflorescenzen der sekundären Periode. In unserem Sinne hatte sich eigentlich schon 1883 kein geringerer als ALBERT NEISSER geäufsert in seiner zusammenfassenden Darstellung der chronischen Infektionskrankheiten der Haut in ZIEMSSENS Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie (S. 681).

„Diejenigen, welche die Ansicht von der Entstehung des gummösen Vorgangs durch das Syphilisgift selbst verwerfen, stützen sich auf die geringere Infektiosität im gummösen Stadium. In der Tat wird die Syphilis in dieser Periode seltener auf andere Personen übertragen als in der papulösen Frühperiode. Dies beruht aber auf äufseren zufälligen Ursachen. Die gummösen Prozesse sind fast stets nur in wenigen Exemplaren zu gleicher Zeit vorhanden und befinden sich an für die Weiterübertragung ungünstigen Körperstellen, während die zahlreichen, mit Vorliebe Mund und Genitalien befallenden Frühefflorescenzen, die noch dazu durch eine hochgradige Neigung zu Rezidiven ausgezeichnet sind, naturgemäfs die Hauptvermittler der Syphilis von Person zu Person sind; bekanntlich ja, und zwar aus demselben Grunde, viel häufiger als die Primäraffekte.

Die Möglichkeit jedenfalls, dafs gummöse Massen infektiös sind, so gut wie Sekrete der Frühperiode, hat HAENSELL neuerdings durch positive und, soweit ich sehe, sehr beweisende Tierimpfversuche erwiesen."

HAENSELL[7] hatte — seine Arbeit entstammt dem Jahre 1881 — den eitrigen Inhalt eines Hautgumma in die Augenkammer von Kaninchen injiziert. Er vermeinte, positive Resultate, eine Iritis spezifica, Gummen des corpus ciliare u. s. f. erzielt zu haben. So wenig beweisend die Experimente HAENSELLS für unsere Zeit sind, und so nahe die Annahme liegt, dafs der Autor tuberkulöse Veränderungen vor sich gehabt hat, so wenig wird NEISSER aus der damaligen Anerkennung dieser Versuche ein Vorwurf erwachsen dürfen. Die anerkennenden Worte NEISSERS habe ich nur zitiert, um aus ihnen eine weitere mir wertvolle Bestätigung seiner Ansicht zu entnehmen, dafs ein prinzipieller Unterschied bezüglich der Übertragbarkeit der Syphilis zwischen den Produkten der einzelnen Perioden nicht besteht.

In seiner Bearbeitung der Syphilis in NOTHNAGELS Handbuch äufsert sich einer der erfahrensten Syphilidologen, J. NEUMANN, über die uns interessierende Frage in folgender Form:

„Die tertiär-syphilitischen Produkte sind, wie RICORD hervorhebt, nicht inokulabel und durch Vererbung als solche nicht übertragbar, bilden vielmehr „infolge einer Degeneration oder einer gewissen Modifikation des Syphilisvirus" eine ergiebige Quelle der Skrophulose. Obgleich dies nicht völlig zutrifft, unterliegt es doch keinem Zweifel, dafs tertiär-syphilitische Produkte, wenn auch nicht geradezu nichtinfektiös, doch weit weniger infektiös sind, als die sekundär-syphilitischen. Ferner steht fest, dafs tertiär-syphilitische Eltern oder ein mit tertiärer Syphilis be-

[7] *Arch. f. Ophthalmol.*

hafteter Vater oder Mutter auch eine nichtsyphilitische Nachkommenschaft haben kann, was auf eine Veränderung des Charakters der Krankheit hinweist." — Und an einer anderen Stelle heifst es: „In hohem Grade auffallend ist in dieser Periode (Periode der gummösen Neubildungen) der Erkrankung ein Umstand: das Erlöschen der Übertragbarkeit des Leidens, und zwar sowohl der direkten als auch namentlich der hereditären. Die gummösen Zerfallsprodukte besitzen in der Regel nicht mehr die Eigenschaft der Infektiosität, ebensowenig wie das Sperma der so erkrankten Personen die Fähigkeit besitzt, auf deren Nachkommenschaft die Syphilis zu übertragen. Dies geht so weit, dafs selbst an Gummen der Testikel leidende Kranke noch imstande sind, gesunde Kinder zu erzeugen; ein Umstand, auf den wir noch in der Folge zurückkommen werden, und der in Verbindung mit zahlreichen anderen jedenfalls beweist, dafs die syphilitischen Affektionen in jener Periode nur mehr lokale Veränderungen an einem in seiner Lebenstätigkeit und seiner Reaktion auf die verschiedenen Schädlichkeiten wesentlich alterierten Organismus vorstellen."

J. Neumann bestreitet also nicht die Möglichkeit einer Übertragbarkeit der Syphilis durch gummöse Produkte. Allerdings hebt er bei dieser Möglichkeit fast in einem Atemzug hervor, dafs in der Periode der gummösen Neubildungen die Infektiosität ihrer Träger so gut als erloschen zu betrachten ist. Diese auf eine allseitige grofse Erfahrung ruhigster Beobachter sich stützende Erfahrung hat ihren äufseren Ausdruck in den Anschauungen gefunden, welche berufene Autoren über das Wesen der spätsyphilitischen Erscheinungen sich gebildet haben. Hutchinson: Das tertiäre Stadium beginnt erst dann, wenn das spezifische Virus abgestorben ist, so dafs die tertiär-syphilitischen Affektionen nur Folgen der durch das Gift herbeigeführten Vulnerabilität der Gewebe sind. Lang: Die tertiäre Syphilis ist das Resultat des in den Geweben zurückgebliebenen, doch veränderten Virus. Bäumler: Anfangs ist das Syphilisvirus selbst in den normal reagierenden Geweben die Ursache für die Neubildungen; bei der Gummenentwicklung dagegen haben wir es wahrscheinlich nicht mehr mit der Wirkung des spezifischen Giftes auf normales Gewebe, sondern mit der spezifisch veränderten Reaktion der durch die vorausgegangene Blutvergiftung modifizierten Gewebe auf beliebige Reize zu tun. Der Fingerschen Toxintheorie wurde bereits gedacht. Gascoyen erklärte die tertiäre Syphilis für eine Nachkrankheit.' J. Neumann denkt bei den tertiären Erscheinungen an eine veränderte Beschaffenheit des Virus. Auf weitere Zitate verzichte ich.

Es darf hier an die Versuche Didiers[8] erinnert werden, welcher er-

[8] *Gaz. méd. de Paris.* 1846. Zitat nach Lancereux, *Lehrb. d. Syphil.* S. 607.

folglos gesunde Menschen mit dem Blut von Tertiärsyphilitischen geimpft hatte. FINGER hatte einige dreifsig erfolglose Inokulationen mit dem Sekrete von Gummiknoten und von gummösen Perostitiden an gesunden, d. h. nicht syphilitischen Personen gemacht. Solche Versuche, deren Wiederholung nur so schwer möglich ist, beweisen höchstens die geringe Infektiosität, noch nicht eine durchaus mangelnde Infektiosität des Gumma. Dafs das gummöse Stadium infizieren kann, beweisen die klinischen Beobachtungen von FOURNIER, LANDOUZY, SACK, DELBANCO[9]. abgesehen von der schon nachdrücklich betonten Tatsache, dafs Spätsyphilitische Kinder mit virulenter Syphilis zeugen. Die FINGERschen Versuche sind zu umfangreich, um gegen sie den naheliegenden Einwand heranziehen zu dürfen, dafs die Empfänglichkeit des Menschen für Syphilis zweifellos eine sehr verschiedene ist. Eine solche geht allerdings aus dem Studium der vielen Impfversuche an Menschen mit den Produkten der primären und sekundären Periode hervor — Versuche, welche die heutige Zeit inhibieren dürfte. Es sei hier an die wichtigen Experimente von BÄRENSPRUNG, RINECKER, LINDWURM, WALLER, RIEGER, ZEISSL, TANTURRI, PELLIZARI, dem Pfälzer Unbekannten, dem Kiewer Professor v. HÜBBENET, an die weniger bekannten Experimente der französischen Ärzte GUINOT[10] und TURENNE[11] u. a. erinnert.

Mein Schlufs: Da das Gumma die Syphilis übertragen kann, so mufs es das Syphilisgift beherbergen. Das Gumma setzt also das lebende Virus voraus. Die spätsyphilitischen Produkte unterscheiden sich nach der Seite der Ätiologie grundsätzlich nicht von den Produkten der Sekundärperiode.

Die auf eine gegenteilige Ansicht sich stützenden theoretischen Spekulationen über die Genese der gummösen Veränderungen fallen daher in sich zusammen. Für unsere Schlüsse ist es gleichgültig, ob das Gumma in der Mehrzahl der Fälle nicht mehr infiziert, ob die Histologie der gummösen Neubildungen ganz andere Bilder als die Histologie des Primäraffektes, der Papel bietet. Um nicht mifsverstanden zu werden, wiederhole ich noch einmal, dafs es mir sehr fern liegt, an der tausendfachen Erfahrung zu rütteln, dafs das gummöse Stadium bezüglich einer direkten oder hereditären Übertragung der Syphilis nur sehr geringe Gefahren aufweist. Eine eigene Erfahrung hat mich hiervon noch vor wenigen Wochen wieder überzeugt. Ein 44jähriger auswärtiger Fabrikant konsultierte mich wegen einer Verhärtung am Penis. Das typische Bild des

---

[9] Die weitere Beobachtung von GOLDZIEHER-SÄNGER.

[10] *Gaz. hebdomad. de méd. et de chirurg.* 1859. Nr. 15.

[11] Nach einem Referat vor der Pariser medizinischen Akademie von GIBERT. *Bull. de l'Acad. imper. de méd.* Tome XXIV. Paris 1858—59. S. 888—890.

Pseudo-Chancre redux. Das genau wie ein Primäraffekt sich anfühlende, in der Corona glandis gelegene Gumma klärte als solches sich auf durch das ausgedehnte ulceröse Syphilid der Kopfhaut. Vor 20 Jahren war der Patient lange wegen eines schlecht heilenden Geschwürs am Penis behandelt worden. Eine spezifische Behandlung hatte niemals stattgefunden. Trotz alledem: eine gesunde kräftige Frau, drei gesunde Kinder, von welchem zwei bereits erwachsen sind. Patient hatte sieben Jahre nach der damaligen falschen Behandlung geheiratet.

Trotz der relativen Ungefährlichkeit des gummösen Stadiums für eine direkte oder erbliche Übertragung der Syphilis ist in keinem einzigen Fall eine sichere Prognose zu stellen. Das war die Quintessenz unserer bisherigen Ausführungen. So lautete auch der Tenor des ausgezeichneten Referates von FEULARD auf dem Londoner Kongreſs. Solcher Art war auch der Schluſs, zu welchem JADASSOHN in seinen mehrfach zitierten Diskussionsbemerkungen auf dem Grazer Kongreſs gekommen war: „Die Hypothese, daſs die tertiäre Lues dennoch auf Mikroorganismen beruhe, wenn dieselben auch nur spärlich sind, habe praktische Bedeutung vornehmlich im Ehekonsens an Tertiär-Syphilitische und in der Notwendigkeit einer merkuriellen Behandlung der letzteren."

Auf dem Londoner Kongreſs hatten das Referat über die Dauer der Ansteckungsperiode der Syphilis neben FEULARD HUTCHINSON, CAMPANA und LASSAR übernommen. HUTCHINSON meint — mir liegt der Kongreſsbericht im Original vor —, daſs die Ansteckungsfähigkeit im allgemeinen mit der Sekundärperiode, in deren Anfang sie am gröſsten ist, schwindet. Nach Ablauf des zweiten Jahres der Syphilis seien Ansteckungen selten. Überaus fesselnd und für unsere Anschauung von Bedeutung sind die Ansichten von CAMPANA und LASSAR. CAMPANA unterscheidet bei der Syphilis zwischen Produkten, welche sicher ansteckend sind, und solchen, welche ansteckend sein können. Die „käsige Degeneration" der letzteren hebe die Ansteckungsfähigkeit auf. Das beweise aber noch nicht, daſs diese, d. h. die gummösen Infiltrationen, in ihren ersten Stadien nicht ansteckend seien. Der Grad der Reizbarkeit der Gefäſse „the vascular irritability" gehe parallel der Ansteckungsfähigkeit der Syphilis: so drückt sich der Autor aus. Mit dem Alter der Krankheit nehme die Reizbarkeit der Gefäſse ab. Die Möglichkeit einer Übertragung sei aber in keiner Periode der Syphilis auszuschlieſsen; die Dauer der Ansteckungsperiode sei schwer zu begrenzen.

„We obtain proofs of this (a) from experimental observation, which shows that there are some examples of successful inoculation, in which the contagious element has been obtained from lesions considered as tubercles or nodules; (b) from a con-

sideration of hereditary Syphilis in which gummata of internal organs are found coetaneously with erythematous manifestations on the skin; (c) from accidental infections, especially in conjugal life, in which sometimes no secondary manifestations are demonstrable, but, nevertheless, the disease is transmitted from husband to wife.

Why, then, has a gumma been considered a non-contagious manifestation? Because in experimental inoculations gummatous products have been used which have undergone caseation, or rather and more precisely, granular fatty degeneration has rendered the soil unfavourable to the vitality of the infecting germ of Syphilis, and the result in the same as in tuberculosis, which we have previously instanced. We know as a fact that in tuberculosis, if we make use of matter in which caseous degeneration has not taken place, we find some bacilli in it and the matter is, therefore, contagious; if caseous degeneration has taken place it is so no longer.

Now, as ulceration of gummata depends upon the caseation of their elements, there is nothing extraordinary in the fact that softened gummata should not yield contagious products.

This view, that gummata cannot with certainty be affirmed to be non-contagious, has been granted for several years by Dr. G. Sanguineti[13] by his admission that he is making new studies on gummatous adinitis (I).

It is peculiar to the products of chronic infective inflammations that they are not contagious in the stage of caseation. Meanwhile, these products are caseous matter indicated by the name of gummatous products, and these have been used by observers. In experimentation, on the other hand, we know, that materials have been taken from syphilitic ecthymatous eruptions which have proved contagious when inoculated."

Lassar warnt vor der Aufstellung schematisierender Regeln bei der Syphilis. Zwischen Kontagiosität und Infektiosität müsse strenge geschieden werden. Die sogenannte progressive Expansion der Krankheitsherde, d. i. die Erscheinung, dafs von einem einzigen Krankheitsherde in gröfster Ausdehnung neue Infiltrationen ausgehen, könne nur im Sinne einer fortgesetzten Infektion gedeutet werden. Die Möglichkeit der Rezidive in der Spätperiode der Krankheit noch nach einer unbegrenzten Zahl von Jahren wird in diesem Sinne herangezogen. Bei manchen Formen sind wir überhaupt im unklaren darüber, welcher Periode sie angehören. Nichts spricht gegen die Tatsache, dafs der syphilitische Prozefs in sich derselbe bleibt. Dagegen spricht nicht, dafs mit der Dauer der Krankheit die Kontagiosität abnimmt. Sobald die syphilitischen Ausschläge von den Körperteilen schwinden, durch welche eine Übertragung am häufigsten vermittelt wird, verlieren sie im praktischen Sinne ihre Wichtigkeit, wiewohl eine Wichtigkeit als solche noch bestehen kann. In dem in englischer Sprache gehaltenen Referat heifst es dann wörtlich so: „I do not doubt myself but that Syphilis may remain transferable until the morbid process has become extinct, and that, given a suitable occasion and favourable circumstances, the disease may again become contagious." Welchen Täuschungen der Beobachter unterworfen sein kann, lehrt die Lassarsche

[13] Sulla linfadenopatia gommosa. *Clinica Dermosifilopatica di Genoa.* 1886.

Beobachtung (1880) eines 33jährigen Arztes, welcher trotz eines lange am Penis bestehenden Gummas die Ehefrau nicht infiziert zu haben schien. Gesunde Kinder entstammten der Ehe. 1892 sah LASSAR die in zweiter Ehe verheiratete Frau wieder mit ausgedehnten Späterscheinungen. Das Gumma des Mannes hatte nicht infiziert, weil die Frau schon syphilitisch gewesen war. Des weiteren bringt LASSAR Fälle, die ihm beweisen, wie wenig das PROFETAsche Gesetz allgemeine Gültigkeit beanspruchen darf, und wie die Beurteilung der einzelnen überlieferten Fälle nach dem jeweiligen Standpunkt des Forschers sich richtet. Bei einer jungen Frau, deren Infektion elf Jahre zurücklag, beobachtete LASSAR trotz sorgfältigster Kuren ein syphilitisches Kind. LASSAR hebt aber auch ausdrücklich die Seltenheit der Ansteckung in den Spätstadien hervor. Die Ansteckungsfähigkeit der Syphilis stelle uns aber vor zahlreiche Probleme. LASSAR schliefst mit einem Ignoramus.

Des reichste Kasuistik tragenden Referates von FEULARD wurde schon gedacht. Es ist nicht möglich, hier der einzelnen Fälle, in welchen 14, 16, 17, ja 20 Jahre nach dem Primäraffekt Papeln bezw. andere Erscheinungen die Übertragung vermittelten, des genaueren Erwähnung zu tun. Auch für FEULARD ist es nicht angängig, die zeitlichen Grenzen der Ansteckungsperiode der Syphilis zu fixieren. Die von FEULARD zitierten Fälle, in welchen Gummata des Penis die Syphilis übertrugen, bilden den Mittelpunkt unserer Arbeit.

Die eigentliche Papel ist für uns der Typus der ansteckenden syphilitischen Efflorescenz. Einen 40jährigen Tapezierer mit ulcerierten Papeln an den Händen — der Primäraffekt liegt gerade zehn Jahre zurück — habe ich selbst zur Zeit in Beobachtung. Wie relativ ist daher die Sicherheit, mit welcher wir unseren Patienten nach fünf- oder vierjährigem Bestand der Krankheit die Erlaubnis zur Heirat geben dürfen. FEULARD schuldigt unter den Gelegenheitsursachen, welche dem Gift in der Mundschleimhaut zu neuem Ausdruck verhelfen, in erster Reihe den Tabak an. Der Tabak verlängert nach ihm geradezu die Ansteckungsperiode der Syphilis. Wir gelangen mit dieser FEULARDschen Annahme noch zu dem fesselnden Kapitel der Beziehung zwischen Reizung und Syphilis.

Vergegenwärtigen wir uns, dafs mit Vorliebe in der „Sekundärperiode" mit Papeln solche Stellen sich bedecken, welche stark schwitzen oder sonst dem Einflufs physiologischer oder pathologischer Absonderungen ausgesetzt sind. Die Hautfalten zwischen den Zehen, die Genitalien, der After, die Kopfhaut, die Stirnhaargrenze u. a. sind solche bevorzugten Orte. Es interessierte mich, dafs J. NEUMANN mechanische Momente annimmt — z. B. den Druck des Hutrandes und die Reibung herabhängender Stirnlocken für die Entstehung der Corona veneris, den Druck durch einen Schirm- oder Stockgriff zur Hervorbringung einer Psoriasis

palmaris —, wo ich für meine Person gleichfalls an eine Bedeutung der Seborrhoe denken möchte. Die Seborrhoe bestimmt nicht nur den Ort mit, an welchem die Papeln aufschiefsen, sie ist auch von Bedeutung für das klinische Bild der Papel. Wir erinnern uns hier der oft nachgeprüften und in ihren Schlufsfolgerungen eingeengten Versuche TARNOWSKYS. Der Autor wollte die Cauterisatio provocatoria, die absichtliche Ätzung, benutzen, um festzustellen, ob die Syphilis geheilt sei oder nicht. Die Bildung syphilitischer Infiltrate bestätige die Diagnose Syphilis, das Ausbleiben solcher beweise nicht das Fehlen einer Syphilis. J. NEUMANN würdigt diese Versuche einer sehr präzisen Kritik. TARNOWSKY hat in der gummösen Periode durch die Ätzungen oft keine Ergebnisse erzielt. Das wundert uns nicht. Die Zahl der Beobachtungen ist grofs, in welchen schwere Traumen — Quetschungen, Frakturen, Blutungen in die Muskulatur — zu ausgedehnten gummösen Neubildungen Anlafs geben. Eine im Sinne der Unfallsrente sehr fesselnde einschlägige Beobachtung hat unser Cuxhavener Amtsphysikus MEINHARD SCHMIDT[13] publiziert. Aber ebenso umfänglich ist die Erfahrung eines jeden Arztes, dafs Verletzungen der Syphilitischen nicht schlechter heilen als an Gesunden, selbst wenn vor oder nach der Verletzung gummöse Veränderungen an dem Patienten sich zeigen. Trotz starker Seborrhoe und empfindlicher mechanischer Reize brauchen in der Sekundärperiode keine Papeln aufzukommen. Dem noch unbekannten Syphilisvirus, und vor allem dem menschlichen Organismus, sind keine Regeln aufzuzwingen. Dafs anderseits spezifische, den einzelnen Perioden entsprechende Infiltrate durch äufsere Einwirkung gefördert bezw. mitbedingt werden, steht über allem Zweifel. Damit kehren wir zu unseren Ausgangsbeobachtungen zurück. Die Gummata am Penis betrafen fast ausschliefslich jung verheiratete Männer, deren häufiger Coitus eine vielleicht bei der Defloration gesetzte kleine Hautwunde am Penis nicht zur Ruhe kommen läfst. In meinem Fall gestand mir der Patient die Exzesse in venere zu.

Jetzt noch eine Überlegung, die mich, wie wohl jeden Syphilidologen, viel beschäftigt hat, die mir aber um so greifbarer vor Augen kommt, seitdem die Überzeugung von der Infektiosität des Gumma mir geworden ist. Das Gumma wird durch das lebende Syphilisvirus als solches erzeugt. Ein und dasselbe lebende Gift führt aber zu so ganz verschiedenen histologischen Bildern in einem und demselben Organismus. In ganz grofsen Zügen entwickelt haben wir bei der Sklerose ein produktives Granulom, ein mit Bindegewebsneubildung einhergehendes Granulom vor uns.[14] Wie

---

[13] *Monatsschrift f. Unfallheilk.* Nr. 8.

[14] Vergl. hierzu die grundlegende Arbeit von AUSPITZ und UNNA: Die Anatomie der syphilitischen Initialsklerose. *Vierteljahrsschr. f. Derm.* 1877.

weit eine solche Bindegewebsneubidung als spezifisch anerkannt wird, berühre ich hier nicht. Bei der Papel als solcher — die Epithelverhältnisse beiseite gelassen — haben wir ein Granulom so gut wie ohne produktive Weiterentwicklung aber auch ohne regressive Metamorphose vor Augen. Dafs bei der Sklerose und der Papel die zellige Neubildung wieder unter dem gleichen Gifte schwindet, hat mit dem Bilde des frischen Aufbaues, auf welchen allein es uns ankommt, nichts zuschaffen. Das Gumma aber als solches stellt ein sofort regressiver Metamorphose verfallendes, sehr hinfälliges Granulationsgewebe dar. Die das Gumma abschliefsende, oft Riesenzellen einschliefsende Bindegewebslage sehen auch wir als hervorgerufen durch den Reiz der toten Zellmassen auf das gesunde Gewebe an. Endophlebitis und Endarteriitis vervollständigen bei der Sklerose und dem Gumma den völligen Abbau des Gewebes. Worauf beruht die so ganz verschiedene histologische Reaktion des lebenden Gewebes auf ein und dasselbe Gift, welches als solches in allen Stadien der Erkrankung virulent bleibt? Das letztere beweisen die durch das Gumma infizierten Fälle, welche sogar schwer verlaufen können. Sollte, wie JADASSOHN meint, die verminderte Zahl der Bazillen die Verschiedenheit der histologischen Reaktion bedingen? Aus dem Gumma auf den jungfräulichen Nährboden verpflanzt, müfsten die Keime schon rapide an Zahl zunehmen, wenn man aus der Schwere der Infektion und der Intensität der histologischen Reaktion auf die Zahl der Keime schliefsen dürfte. Diese Vorstellung läfst sich hören, wenn wir dabei zugleich uns erinnern, dafs es bei Infektionen und histologischen Reaktionen weniger auf die Zahl der Keime als auf die Gegenwart virulenter Keime ankommt und auf die Art eines ihre rapide Vermehrung fördernden Nährbodens.

In dem „Fehlen der Hyperplasie der Bindegewebszellen und der gröfseren Hinfälligkeit der produzierten Zellenmassen" sah NEISSER in seiner oben angezogenen weit zurückliegenden Arbeit den anatomischen Ausdruck der vollzogenen Syphilisation des Gewebes. Heute liegt es uns nahe, in der durch das Gumma zum Ausdruck kommenden veränderten Reaktion des Gewebes auf das lebende unverändert giftige Syphilisvirus nach den Gesetzen zu suchen, welche die moderne Immunitätslehre uns gebracht hat. Bei keiner anderen Krankheit können wir meines Erachtens an einem und demselben Individuum so klar und überzeugend den spontanen anatomischen Ausdruck der Aktivierung der Schutzstoffe gegenüber dem im Körper verbliebenen Feind wiederfinden. Doch ich will nicht, den Boden sicherer Tatsachen verlassend, auf das gefährliche Gebiet der Hypothese mich begeben.

Das offizielle in der *Münch. med. Wochenschr.* abgedruckte Protokoll des vorliegenden, in der biologischen Sektion des Hamburger ärztlichen

Vereins gehaltenen Vortrages trägt das Datum des 17. März 1903. Am 6. Februar 1903 hatte MATZENAUER in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien seinen Vortrag über die Vererbung der Syphilis gehalten, in welchem eine paterne Vererbung bestritten wurde. Die überaus lebhafte Diskussion, welche sich über fünf Sitzungen erstreckte, liefs mehrere Redner das uns beschäftigende Thema berühren. Das offizielle in der *Wien. klin. Wochenschr.* zum Abdruck gelangte Protokoll der Diskussion machte mich natürlich erst einige Wochen nach meinem Vortrag mit den mir wichtigen Äufserungen der Wiener Forscher bekannt. PALTAUF sprach am 13. Februar, RIEHL am 27. Februar, v. ZEISSL am 6. März. In der Sitzung vom 6. März nahm LANG zum zweiten Male das Wort, um dieses Mal sich speziell zur Infektiosität des Gumma zu äufsern. Bei dem aufsergewöhnlichen Interesse, welches diese Frage beansprucht, bringe ich die Äufserungen der Autoren zumal in Hinblick auf ihre autoritative Stellung wörtlich zum Abdruck. v. ZEISSLS Angaben decken sich mit den meinigen vollkommen, erweitern dieselben aber durch eine wertvolle Vervollständigung der Literatur. RIEHLS Überzeugung von der Infektionstüchtigkeit des Gumma ist mir eine weitere erfreuliche Bestätigung der eigenen Ansicht.

Paltauf weist noch auf einen Punkt hin: In der Pathogenese der Lues, die ihm nicht haltbar und im Widerspruch mit allen sonstigen Erfahrungen und Anschauungen steht, das ist die Lehre von der Nichtinfektiosität des Gumma; sie wird aus dem negativen Erfolg der Übertragungsversuche geschlossen; ich möchte nur erinnern, dafs man ohne Kenntnis des Krankheitserregers und seiner Biologie auch bei notorischen Infektionen solche Erfahrungen gemacht hat; ich erinnere an die Fälle, wo die Überimpfung einer verkästen tuberkulösen Lymphdrüse resultatlos bleibt, oder als ein sehr markantes Beispiel, an die Erfolglosigkeit einer Reihe von Übertragungen von Milzbrandkarbunkeln der Kuh, woraus man auch, als der Milzbrandbacillus noch nicht anerkannt und nicht genau studiert war, gegen die übertragbare Natur und gegen den Bacillus schlofs.

Es ist ja möglich — bei unserer absoluten Unkenntnis über den Erreger der Syphilis —, dafs die negativen Impfresultate im Abgestorbensein des Erregers im Impfmaterial, sowie in den erweichten, beim Durchbruch des Gumma an die Oberfläche gelangenden Massen ihren Grund hätten; dadurch, dafs das Gumma eine lokalisierte Erkrankung ist, bei der der Erreger mit dem Eintritt der Gewebsdegenerationen abstirbt, fehlt eine Infektiosität der Haut bei seiner tiefen Lage, ferner kommt auch klinisch eine Kontagiosität zur Beobachtung.

G. Riehl: . . . . Als zweiten Punkt möchte ich die Stellung des Gumma besprechen.

Dafs unsere klinischen Ansichten, wenn sie auch als Axiome gelten, nicht unwandelbar sind, beweist die Geschichte der Medizin zur Genüge.

Wer hätte vor 30 Jahren die Tuberkulose für eine übertragbare Krankheit gehalten? Heute ist alle Welt davon überzeugt.

Bei der Lepra hat sich dieselbe Umwandlung der Ansichten vollzogen. Vor 30 Jahren galt die Krankheit als nicht kontagiös, nur auf hereditärem Wege übertragbar, während man im Mittelalter so sehr von der Kontagiosität

überzeugt war, daſs man die Leprösen zwangsweise isolierte. Diese Überzeugung ist später verloren gegangen, man glaubte an die Heredität. Danielssens Statistik hat aber der Kritik nicht standhalten können. Die Erhebungen der indischen Leprakommission haben nur bei ca. 6% der Kinder Lepröser die Krankheit nachweisen können. Der zitierte Zambaco erscheint von geringerer Autorität, wenn man erfährt, daſs er die Heredität auch von Onkeln, Tanten und Cousinen herleitet.

Heute ist man vollkommen klar, daſs die Lepra hauptsächlich durch Verkehr mit Leprösen verbreitet wird.

Wir sind alle in der Ansicht erzogen, daſs die Symptome der tertiären Lues, speziell des Gumma, nicht mehr übertragbar sind.

Ich halte das aber so allgemein ausgedrückt nicht für richtig. Ich kenne selbst Fälle von gummöser Syphilis, durch welche die Krankheit übertragen worden ist. Es sind dies allerdings Fälle von foudroyantem Verlauf gewesen, bei welchen schon im ersten Jahre der Krankheit Gummen aufgetreten waren.

Bei der gummösen Syphilis der Frauen ist hereditäre Übertragung durchaus nicht selten (z. B. Neumanns Fälle, demonstrierter Fall).

Hereditärluetische Kinder infizieren ihre Ammen, auch wenn sie gummöse Syphilis zeigen. Die gleichen Erfahrungen haben gewiſs viele Kollegen gemacht.

Es zeigt dies, daſs nicht die Form des tertiären Syphilids, das Gumma, sondern das Alter der Infektion für die Ansteckungsfähigkeit maſsgebend ist.

Die Gummen und die parasyphilitischen Erscheinungen der Lues gehören allerdings gewöhnlich der Spätperiode an — sie können gelegentlich aber auch durch noch übertragbare Syphilis hervorgerufen werden.

Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet, verliert die Syphilis viel von ihrem aparten Standpunkt gegenüber anderen Infektionskrankheiten.

In einer Replik auf Langs Entgegnung sagte Riehl:

. . . . Bezüglich der Übertragbarkeit der Produkte der dritten Periode muſs ich bemerken, daſs Langs Darstellung der Ineinanderschiebung des sekundären und tertiären Stadiums ihn zu demselben Schluſs führen muſs wie mich; es gibt Kranke mit Symptomen tertiärer Lues, durch welche die Syphilis übertragen werden kann.

v. Zeissl: . . . . Nun bin ich speziell Herrn Prof. Paltauf sowohl, als wie Herrn Prof. Riehl dafür zu Dank verpflichtet, daſs die Diskussion auf ein Feld getrieben, auf welchem ich seit dem Jahre 1887 mich wiederholt geäuſsert habe. Herr Prof. Paltauf hat mit Recht gesagt, daſs ihm die Lehre von der Nichtinfektiosität des Gumma nicht haltbar erscheine und mit allen sonstigen Erfahrungen und Anschauungen im Widerspruch stehe. In ähnlicher Weise hat sich zu meiner Freude Herr Prof. Riehl ausgesprochen.

Es ist bedauerlich, daſs wir heute noch immer von primärer, sekundärer und tertiärer Syphilis reden hören, trotzdem Virchow und Hermann Zeissl fast gleichzeitig darauf hinwiesen, daſs diese chronologische Einteilung weder vom pathologisch-anatomischen, noch vom klinischen Standpunkt haltbar sei. Beide haben hervorgehoben, daſs Gummen und Papeln nebeneinander, und daſs auch Gummen vor Papeln und dann an demselben Kranken wieder Papeln nach Gummen zum Vorschein kommen können. Bliebe man in solchen Fällen bei der chronologischen Einteilung der Franzosen, so würden dann in diesen Fällen die Gummen als sekundäre und die Papeln als tertiäre Erscheinungen bezeichnet werden. Hermann Zeissl hat, weil er Gummen wiederholt neben Papeln sah, gesagt: „Die Produkte des papulösen

und gummösen Stadiums schlossen sich in der Regel" — d. h. zu deutsch nicht immer — „aus". Oft kommt ein derartiges Zusammentreffen von Früh- und Spätformen bei akquirierter Syphilis nicht vor; aber es kommt vor, und das ist ausschlaggebend. An welchen Individuen sehen wir nun Gummen relativ am häufigsten? An schlechtgenährten, schwächlichen und anämischen.

Bei solchen auch unter der Form der galoppierenden Syphilis oft schon neun Monate nach der Infektion. Ein hereditär-syphilitisches Kind ist in der Regel ein schwächliches, schlecht genährtes Kind. Dafs wir bei einem solchen gleichzeitig mit gummösen Erscheinungen in den Eingeweiden papulöse (oder aus diesen hervorgegangene pustulöse) Erscheinungen an der allgemeinen Bedeckung und Schleimhaut sehen werden, wird uns nicht wundernehmen.

Gegen die Infektiosität des Gumma wurden eine Zeitlang Fälle von Gascoyen und Merkel angeführt, welche beweisen sollten, dafs an Individuen mit Gummen, während dieselben bestanden, neue Primäraffekte in Erscheinung traten.

Ich habe 1887 nachgewiesen, dafs kein einziger dieser Fälle auch nur einer sanftmütigen Kritik den geringsten Widerstand zu leisten vermag.

Im Jahre 1893 habe ich in der *Wien. med. Presse* einen Fall mitgeteilt, wo 29 Jahre nach der Infektion an einem Manne ein Roseolarezidiv auftrat, und habe schon damals einen Fall Landouzys zitiert, welchen derselbe auf dem Internationalen Kongrefs für Dermatologie und Syphilis in Paris im Jahre 1889 mitteilte. Ein Mann, der ein Gumma an seinem Penis trug, infizierte seine Gattin in den ersten vier Wochen der Ehe mit Syphilis.

Landouzy und Fournier beobachteten noch einen zweiten Fall, in welchem die Frau von einer „tertiären" glatten Zungensyphilis des Gatten einen syphilitischen Primäraffekt an der rechten Tonsille mit nachfolgender allgemeiner Syphilis davontrug. Ferner berichtet Fournier, dafs von einem Gumma am Penis Infektion der Frau erfolgte. Ich selbst sah an einem Kollegen das Entstehen eines Primäraffektes an der Hohlhand. Als Infektionsquelle war mit Sicherheit ein in Behandlung des betreffenden Kollegen stehender Mann zu bezeichnen, der neun Monate nach erfolgter Syphilisinfektion mit Gummen behaftet war.

Fournier bestätigte Landouzys Beobachtungen, Arnozan, Hardy, Petrini de Galatz und Leloir stimmten ihm zu. Hardy äufserte sich nach den erwähnten Mitteilungen Landouzys und Fourniers dahin, dafs man nach diesen auch den letzten dogmatischen Lehrsatz Ricords, dafs die sog. tertiäre Syphilis durch Kontakt und Vererbung nicht übertragbar wäre, fallen lassen müsse. Mauriac schrieb 1890: „Treten während der sekundären oder virulenten Phase der Syphilis Erscheinungen auf, welche, anatomisch gesprochen, zur tertiären Syphilis gezählt werden müssen, mufs man dieselben als nicht ansteckend betrachten? Da antwortete ich kategorisch mit Nein! „Wenn es sich um Knoten und suboutane Neubildungen, um Gummata handelte in dem Moment, als sie sich in den ersten Jahren der Entwicklung der Syphilis zeigen, mufs man sie für verdächtig halten." „Ich glaube," fährt Mauriac fort, „dafs sie geradeso von Gift imprägniert sind, wie die oberflächlichen papulösen und erythematösen Efflorescenzen. Glaubt man z. B., dafs ein Individuum, welches mit maligner Syphilis behaftet ist, keinerlei Gefahren als Ansteckungsursache und als Erzeuger biete, weil alle Efflorescenzen an ihm sich in der tertiären Form entwickeln? Wer dürfte ein solches Paradoxon aufstellen." Virchow sagte 1859, dafs er glaube, in den käsigen und trockenen Knoten sei die Syphilis zur Ruhe gekommen, bei den feuchten, sei es frischen, sei es älteren und ulcerierenden Gummigeschwülsten, scheine es ihm gerechfertigt, die Virulenz noch zuzulassen. Dies stimmt völlig mit der Erklärung, die Prof. Paltauf für unsere heutigen bakteriologischen Anschauungen gab.

Ich habe mich, auf eigene und fremde Erfahrungen gestützt, 1887, 1893 und 1897 dahin ausgesprochen, dafs die Infektiosität eines Syphilisproduktes nicht durch seine Form, sondern durch die Zeit, um welche dasselbe nach der Infektion mit Syphilis entstand, entschieden werde."

Seit der Mitteilung Landouzys und ihrer Bestätigung durch Fournier, seit den Mitteilungen Feulards, Petrini de Galatz' usw. usw. ist die Frage über die Infektiosität des Gumma definitiv gelöst.

Wir sehen hier nur wiederholt, was wir schon bei den Produkten des papulösen Stadiums beobachten konnten. Im Jahre 1851 wurde die Übertragbarkeit der Papel von Person auf Person durch Waller und Rinecker, 1854 durch den Pfälzer Unbekannten festgestellt, und im Jahre 1860 hat sich Bärensprung noch gegen die Übertragungsmöglichkeit dieser Produkte, die er wenige Jahre später selbst anerkannte und als häufigste Ursache der Syphilisinfektion hinstellte, ausgesprochen.

Brauchte es zur allgemeinen Anerkennung der Infektiosität der Produkte des papulösen Stadiums 11—12 Jahre, so scheint es aber bei den Spätformen noch länger zu brauchen, bis diese klinische und pathologisch-anatomische Tatsache zum Allgemeingut werden wird.

Kollege Mračeк und ich haben vor zwei Jahren gelegentlich einer Diskussion über die Reinfektion mit Syphilis im Wiener medizinischen Doktorenkollegium unseren Standpunkt über die Infektiosität des Gumma in der oben mitgeteilten Weise präzisiert. Ich schliefse mit dem Wunsche, dafs wir uns endlich einer gemeinsamen Ausdrucksweise bedienen mögen, und dafs die Ausdrücke primäre, sekundäre und tertiäre, da sie klinisch und anatomisch gleich unberechtigt sind, verschwinden mögen.

Ed. Lang: .... Prof. Paltauf und Prof. Riehl behaupten, ich will hinzufügen, gleich mir, dafs das Syphiliskontagium auch in gummösen Produkten enthalten ist. Ich teile jedoch ihre Ansicht nicht, dafs es hier in unveränderter Form enthalten ist. Die klinischen und anatomischen Unterschiede zwischen irritativen und gummösen Produkten — Prof. Max v. Zeissl hat übersehen, dafs ich die Ausdrücke „primäre", „sekundäre" und „tertiäre" Syphilis gar nie gebraucht habe — sind so eklatante, dafs man die seit Jahrhunderten bekannte auffallende Differenz nur durch eine im Laufe der Zeit stattgehabte Veränderung des Kontagiums erklären kann. Und ist einmal eine Veränderung des Kontagiums, wie nach dem Gesagten nicht anders möglich, gegeben, dann ist es gewifs nicht bei den Haaren herbeigezogen, auch eine Änderung des Kontagiums nach der Richtung anzunehmen, dafs dasselbe nunmehr (aus gummösen Produkten) nicht die gleiche Fähigkeit besitzt, auf andere Individuen übertragen zu werden. Es ist ja denkbar, dafs das dem gummösen Syphilisprodukt entstammende Kontagium in einem anderen Wirt durch die Gegenstoffe desselben meist unschädlich gemacht wird, während dem embryonalen Keim die gleichen Gegenstoffe abgehen. Indessen teilt uns Riehl eine Beobachtung mit, wo ein Individuum mit gummösen Produkten zur Syphilisinfektion Anlafs gab; freilich, fügt er hinzu, dafs es sich um Gummen foudroyanter Entwicklung handelte.

Ich will das gern zugeben und annehmen, dafs er nicht nur einen, sondern noch einzelne solcher Fälle gesehen hat. Was will aber diese geringe Ziffer gegenüber der ganzen kolossalen Menge, wo die Infektion durch irritative Produktion stattgefunden, bedeuten? Und dann ist es ja hier, wo Riehl hingewiesen hat, auf die Gleichzeitigkeit von irritativen und gummösen Produkten aufmerksam zu machen. Dieses Vorkommnis ist durch eine Darstellung, wie ich sie schon im Jahre 1884 gegeben habe, klinisch leicht erklärlich, indem ich schon damals darauf verwies, dafs durch ein Ineinanderschieben des gummösen und des irritativen Stadiums das Syphiliskontagium in einzelnen Stellen noch unverändert geblieben ist und irritative Produkte hervor-

gerufen hat, während es an anderen Stellen des Körpers bereits jene Umwandlung erfahren hat, die zu gummösen Produkten Anlafs gibt. Es ist wohl höchst wahrscheinlich, dafs die Infektion bei solchen Individuen vom Kontagium der irritativen Produkte eher zu erwarten ist, als von solchen in gummösen Produkten. Ich glaube wohl, dafs es bei der Unkenntnis des Syphiliskontagiums gestattet ist, aus den klinischen Beobachtungen auf die biologischen Eigenschaften zurückzuschliefsen. Ich gehe in dem Sinne seit dem Jahre 1871 vor und glaube nicht, dafs meine klinischen Beobachtungen hierdurch eine Trübung erfahren hätten.

Bücherbesprechungen.

Ist die Schutzpockenimpfung mit allen notwendigen Kautelen umgeben? Erörtert an einem mit Verlust des einen Auges verbundenen Falle von Vaccineübertragung, von F. Blochmann-Tübingen. (Franz Pietzcker, Tübingen 1904.) Bl. ist Professor der Zoologie an der Tübinger Universität; ein schwerer Unglücksfall in der eigenen Familie hat ihn veranlafst, über ein rein medizinisches Thema zu schreiben. Sein jüngstes, an chronischem Gesichtsekzem leidendes Kind wurde im Alter von zehn Monaten von einem älteren, geimpften Bruder mit Vaccine infiziert. Unter allgemeinen Krankheitserscheinungen schwerster Art entwickelte sich ein pustulöses Ekzem, das die ganze, stark geschwollene Gesichtshaut überzog und zur Bildung ausgedehnter Geschwüre mit grauschmierigem Grunde führte. Etwa 16 Tage nach Beginn der Erkrankung zeigte sich eine Maceration der Cornea des rechten Auges, der alsbald die Perforation folgte, und im Verlaufe von wenigen Tagen ging das Auge an Panophthalmie zugrunde. Das Exanthem heilte nach ca. zweimonatlicher Krankheitsdauer unter Verlust der Augenbrauen und Hinterlassung entstellender, zum Teil vertiefter, zum Teil hypertrophischer Narben ab. Wie die Infektion erfolgt war, liefs sich nicht feststellen.

Die schwere Erkrankung seines Kindes, die er mit Recht unter die leicht und sicher vermeidbaren Impfunfälle zählt, brachte Bl. zum Studium der Frage, ob die Schutzpockenimpfung mit allen nötigen Kautelen umgeben ist. Er hat dieses Studium mit bewundernswerter Gründlichkeit, Gewissenhaftigkeit und Objektivität betrieben und das Resultat ist, dafs er eine unbestreitbare Lücke in der Ausbildung der Ärzte und in der notwendigen Belehrung der Laien aufdeckt, eine Lücke, die schon genug Menschen verhängnisvoll geworden ist, und die doch so leicht auszufüllen wäre. Aus der Literatur der letzten 24 Jahre hat Bl. Mitteilungen über 140 Fälle von Vaccineübertragung von Mensch zu Mensch gesammelt. Die Infektion führte meist zu mehr oder weniger schmerzhaften Erkrankungen, die allerdings gewöhnlich ohne ernstere Folgen blieben. Einen schlimmen Verlauf nahm ein Teil der Augeninfektionen, die in 61 Fällen vorkamen. Neun davon führten zu mehr oder weniger bedeutenden Störungen des Sehvermögens auf dem betroffenen Auge oder auch zum völligen Verlust des Auges, in anderen Fällen zur Zerstörung der Wimpern, Verkürzung der Lidspalte oder Verschlufs des Tränenpunktes. In 20 der 140 Fälle erfolgte die Vaccineübertragung auf ungeimpfte Kinder, von denen 19 mit Ekzem behaftet waren; diese 19 erkrankten ausnahmslos sehr schwer, fünf Fälle endeten tödlich. Dieser unerfreulichen Kasuistik steht die Tatsache gegenüber, dafs, wie Bl. im einzelnen nachweist, die meisten der gebräuchlichen Kompendien über Impfung und Impftechnik

und der Lehrbücher der Kinder- und Hautkrankheiten auf die Vaccineübertragung von Mensch zu Mensch, ihre Gefahren und Verhütung, gar nicht oder nur in ganz ungenügender Weise aufmerksam machen. Und wenn Bl. aus dem Umstand, dafs die Lehrbücher in dieser Hinsicht versagen, darauf schliefst, dafs die Studenten und jungen Ärzte auch in den Impfkursen über das Kapitel der Vaccineübertragung nicht in ausreichender Weise informiert werden, so wird das im allgemeinen wohl zugegeben werden müssen. Weiterhin zeigt Bl., dafs die zur Belehrung der Laien bestimmten Publikationen des kaiserlichen Gesundheitsamtes, die Verhaltungsvorschriften für die Angehörigen der Impflinge und das Buch „Blattern- und Schutzpockenimpfung" sich über das Vorkommen und die Verhütung der Vaccineübertragung von Mensch zu Mensch vollständig ausschweigen, und dafs auch die übrige populär-medizinische Literatur für eine Aufklärung des Publikums nach dieser Richtung hin nicht sorgt. Im Anhang bespricht Bl. noch die Impfung hautkranker, insbesondere ekzematöser Kinder; er hat bei seinen Studien den Eindruck gewonnen, „dafs auch bei Impfung ekzematöser Kinder nicht durchweg die Vorsicht und Sorgfalt waltet, welche die unter Umständen durch solche Impfungen bewirkten ernsten Folgen kategorisch verlangen." Die Beispiele, die er dafür anführt, beweisen, dafs er auch darin nicht so ganz Unrecht hat.

Bl. hat sich mit seiner im ruhigsten und völlig sachlichen Ton gehaltenen Schrift ein unbestreitbares Verdienst erworben, und wir Ärzte sind ihm für seine Arbeit zu aufrichtigem Dank verpflichtet. Und zur Dankbarkeit gesellt sich die Hochachtung für den Mann, der im Unglück gerecht geblieben ist, der die letzten Ursachen seines Mifsgeschickes zu erforschen sucht, damit in Zukunft ähnliches verhütet wird, der anklagt, um zu bessern, der nicht schelten, sondern belehren will. Möge das Buch die weiteste Verbreitung unter den Ärzten, aber auch bei den mafsgebenden Behörden die gebührende Beachtung finden; dann wird Blochmann wenigstens die grofse Genugtuung haben, dafs er etwas Gutes geschaffen hat. *Götz-München.*

Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen, 21. Heft: **Die wichtigsten Hauterkrankungen im Kindesalter**, von Prof. Al. Monti, Direktor der allgemeinen Poliklinik in Wien. (Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1908.) Als Schlufsband des grofsen Werkes von Monti über Kinderheilkunde kommt dieses Heft, welches in sehr übersichtlicher Weise alle im Kindesalter vorkommenden Hauterkrankungen beschreibt (auf ca. 150 Seiten). Für den Dermatologen wird hier wesentlich Neues nicht gebracht. Aufser auf die Einteilung sei daher nur auf einige bemerkenswerte Absätze hingewiesen. Erstere zeigt sechs Unterabteilungen der Hautkrankheiten: 1. Zirkulationsstörungen (Erytheme, toxische Exantheme, Urticaria, Stauungsdermatosen, wie Myxödem, Elephantiasis, Sklerodermie). 2. Veränderungen der Haut infolge krankhafter Störung der Hautdrüsen, wie Milium, Seborrhoe. 3. Die angeborenen oder erworbenen Veränderungen der Epidermis (Ichthyosis, Psoriasis, Pityriasis, Lichen). Bei der Behandlung der Psoriasis warnt Verfasser vor den Teerpräparaten, da gegen dieselben Kinder sehr empfindlich sind; aus demselben Grunde seien nur mit grofser Vorsicht Chrysarobin (mit Traumaticin 5 %) und Pyrogallussäure anzuwenden, letztere gab als Pflaster guten Erfolg. Die vierte Gruppe umfafst die bakteriellen Infektionen und Entzündungen der Haut, wie Furunkulose, Erysipel, Pemphigus, Herpes, Ekzema, Lupus, Scrophuloderma, miliare Hauttuberkulose. Bei Furunkulose werden Sublimatbäder ($^1/_2$ g auf ein Bad) mit Seifenwaschungen, nach eventuell nötig gewordener Inzision Verband mit essigsaurer Tonerde usw. empfohlen; Anwendung von Pflastern, Salben (auch der Ichthyolsalbe) für ungeeignet erklärt. Regelung der Diät und hygienischen Verhältnisse seien bei chronischer Furunkulose eine wesentliche Stütze der Behandlung,

während von inneren Mitteln, auch der Hefe (welche bei Erwachsenen zweifellos oft gute Dienste tut. Ref.) nichts zu erwarten sei. Bei der Ätiologie des Ekzems welches M. mit Unna nun als parasitäre Erkrankung ansieht, weist er auf die Einwirkung chemischer, thermischer oder mechanischer Schädlichkeiten hin, wobei besonders die übertriebene Anwendung von kaltem Wasser, sowie von Waschungen, Bädern und hydriatischen Prozeduren in Betracht kämen, ferner auf krankhafte Veränderungen im inneren Organismus (Darmkatarrhe usw.). Wenn auch hier mit vollem Recht bei der Therapie die Regelung der Diät vorangestellt wird, so mufs es auffallen und sogar Widerspruch erregen, dafs bei 6—8 Monate alten Säuglingen die Milch- durch Fleischnahrung ersetzt werden soll, anstatt durch Reis (-wasser) oder überhaupt Vegetabilien, welche erfahrungsgemäfs auch bei Erwachsenen an Stelle der immerhin reizenden Fleischkost in Fällen von chronischem Ekzem u. a. m. gute Dienste tun. Diesen Grundsatz bringt Verfasser auch wirklich bei der Behandlung der Prurigo (Einschränkung des Genusses von Eiern und Fleisch) zur Geltung. Von Interesse sind die anatomischen Veränderungen, welche M. fast regelmäfsig bei länger dauernder und schwerer Prurigo beobachtete: starke hypertrophische Schwellung der Lymphdrüsen, zuweilen teilweise im Zustande der beginnenden käsigen Degeneration, oft chronische Bronchial- und Dickdarmkatarrhe als Komplikation. Bezüglich der Behandlung ist ferner erwähnenswert, dafs in neuerer Zeit auf der Abteilung Mosers jeder Fall von Prurigo mit subcutanen Injektionen von Acid. carbol. (0,1 : Aqu. font. sterilis. 10,0) behandelt wird; nach 2—3 Injektionen hört das Jucken auf, die Knötchen gehen zurück, und in leichten Fällen wird die Haut innerhalb 10—12 Tagen normal. In schweren Fällen von Prurigo, wo die Haut infiltriert, trocken usw. ist, werden noch Pilocarpininjektionen (0,01 : Aqu. 10,0) hinzugefügt, und zwar einen Tag um den anderen abwechselnd mit Karbolsäureinjektionen; die kleinen Kranken sollen diese Injektionen sehr gut vertragen und dieselben viel mehr Erfolge geben als die komplizierten, belästigenden Methoden der Salbeneinreibung. Das fünfte, kurze Kapitel enthält die durch Pilze bedingten Hauterkrankungen, Dermatomykosen (Favus, Trichophytie, Aktinomykose), und das letzte, sechste, die Dermatozoonosen, die durch tierische Parasiten bedingten Hautveränderungen, besonders Scabies; die durch Cysticercus cellulosae, die Pediculi, Pulex, Culex, Cimex lectularius, sowie die durch Bienen- und Wespenstiche erzeugten Veränderungen sind nach Form und Behandlung in tabellarischer Übersicht geordnet. Als Anhang sind schliefslich noch Erfrierungen und Verbrennungen in Symptomen und Therapie kurz beschrieben.

Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Carcinom in Australien; ein Vergleich mit anderen Ländern nebst einer spezifischen Behandlungsart zur Verhütung und Bekämpfung der Krankheit, von G. C. Adams-London. (*Lancet.* 13. u. 20. Febr. 1904). Als Erklärung für die Entstehung des Krebses nimmt Verf. nicht bakterielle, parasitäre oder lokale Momente an, sondern er glaubt an das Vorhandensein eines noch unbekannten chemischen

Körpers im Blute, welcher bei höherem Lebensalter und unter ungünstigen äufseren Verhältnissen seine Wirkung entfalte. Immerhin bemerkenswert ist die in der Arbeit durch ausgiebiges statistisches Material erwiesene relativ geringe Frequenz der in Australien geborenen Einwohner gegenüber der eingewanderten, meist britischen, europäischen Bevölkerung. Verf. glaubt dem Vorhandensein von vielen Bäumen der Gattung Eukalyptus in dieser Beziehung einen günstigen Einfluſs zuschreiben zu dürfen. Demgemäſs hat er Versuche mit dem aus den Blättern dieser Bäume gewonnenen Öl angestellt und bei Carcinom des Uterus und der Brust in 55 Fällen sehr günstige Resultate verzeichnet. Dabei warnt er vor der Verwendung jedes beliebigen als Eukalyptusöl angebotenen Präparates und empfiehlt ausschlieſslich ein nur aus australischem Gewächs herstammendes Fabrikat, das er als Mulyptol bezeichnet. Dasselbe hat nach den Erfahrungen A.s ausgesprochene bakterizide Eigenschaften, kann auch bei Diphtherie, Typhus und Tuberkulose mit Erfolg verwendet werden und soll völlig ungiftig sein. Die Anwendung geschah gleichzeitig als interne Darreichung in vierstündlichen Dosen in Kapseln, oder als Emulsion zu 5—10 Tropfen und per inunctionem, und auch als Inhalationen und als Vaginalspülungen. Allerdings sei es nötig, mit der Behandlung mehrere Monate lang fortzufahren.

Philippi - Bad Salzschlirf.

Über die Bedeutung des Vorkommens von Carcinom im Tierreich, das Wesen der Mitosen und die Übertragbarkeit des Leidens, von E. F. Bashford und T. A. Murray-London. (*Lancet*, 13. Febr. 1904.) Mit Abbildungen. Die Liste derjenigen Tiere, bei denen man maligne Neubildungen, Carcinom, Sarkom, melanotisches Sarkom und Adenome, konstatiert hat, ist schon eine ziemlich groſse. Verff. haben solche Neoplasmen gefunden bei Rindern, Hunden, beim Pferd, Schaf, Schwein, Mäusen und Kabeljau. Die gröſsere Häufigkeit des Nachweises der Neubildungen bei den Haustieren erklären sie als eine direkte Folge der für die Untersuchung günstigeren Verhältnisse, nicht etwa als eine Entartungserscheinung. Besonderen Nachdruck legen sie auch auf die Tatsache, daſs es relativ leicht gelingt, das Neoplasma von einem Tier auf ein anderes der gleichen Gattung zu übertragen, während ihnen die Übertragung vom Menschen auf Tiere resp. zwischen Tieren verschiedener Gattung nie gelang. Nach ihren Beobachtungen wachsen diese Geschwülste durch Selbstvermehrung ohne Beteiligung der normalen Körperzellen, und als ein Hauptmoment betonen sie die heterotype Mitosenbildung an den Geschwülsten, welche sie in Vergleich stellen zu der Zellteilung bei der sexuellen Fortpflanzung im Pflanzenreiche.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Einige Arbeiten über die Pathogenese des Krebses. (*Brit. med. Journ.*, 12. Dez. 1903.) I. Der Krebs und sein Ursprung, von Henry Morris. Nach A. Katz kann man die Ursachen in zwei Hauptgruppen einteilen: a) in die entogenen, b) in die ektogenen. Die ersteren fallen unter die Theorien von Thiersch und Cohnheim. Thiersch führt die Tumorbildung auf einen Verlust des Gleichgewichts zwischen Epithelzellen und Bindegewebe zurück. Mit zunehmendem Alter gewinnt durch Degeneration des Bindegewebes, durch eine lokale Verschlechterung der Widerstandsfähigkeit oder einen retrograden Prozeſs in den subepithelialen Geweben das Epithel die Oberhand. Cohnheim nimmt fötale Geschwulstkeime an, die im späteren Leben unter gewissen Einflüssen sich weiter zu entwickeln beginnen.

Zu den ektogenen Ursachen zählt man 1. die verschiedenen Formen von Verletzungen, chronischer Irritation und Inflammation; und 2. die Mikroorganismen.

Verfasser bespricht sehr eingehend alle in Betracht kommenden älteren und neueren Theorien.

II. Die Theorie eines parasitären Ursprunges des Krebses, von H. G. Plimmer. Der Verfasser wirft einen historischen Rückblick auf die Entstehung und Fortentwicklung der parasitären Theorie der Krebsbildung und bemüht sich, an der Hand der einschlägigen Arbeiten in der Literatur zu zeigen, welche Gründe für die Annahme eines parasitären Ursprungs des Carcinoms sprechen, obgleich der exakte Beweis desselben bisher noch nicht gelungen sei.

III. Das Verhalten des Krebses innerhalb von Nerven- und trophischen Bezirken, von G. L. Cheatle. Der Verfasser zeigt an eigenen Beobachtungen, wie an Beispielen aus der Literatur, dafs das Epitheliom, das Ulcus rodens in direkter oder indirekter Beziehung zu dem Nervenbezirk, in welchem sie lokalisiert sind, stehen; dafs besonders die Ausbreitung nach der Fläche, wie nach der Tiefe hin gern dem Nervenbezirke folgt. Auffallend häufig spielt sich ein Ulcus rodens im Bereiche des fünften Gehirnnerven ab. Beigegebene Abbildungen zeigen, welche entsetzliche Verwüstungen solch ein Ulcus rodens im Gesichte anrichten kann.

C. Berliner-Aachen.

Das Narbencarcinom, von Heinrich Mohr-Bielefeld. (*Wien. klin. Rundsch.* 1903. Nr. 51.) Bei einer 68jährigen Frau entwickelte sich in einer Haarseilnarbe, die von einem im zehnten Lebensjahre angelegten Haarseil stammte, ein ausgedehntes krebsiges Geschwür, welches den Tod der Frau in einem Jahre herbeiführte.

Curt Cohn-Hamburg.

Die *Annales de physicothérapie* (3. Jahrg. Nr. 6) bringen eine Übersicht unter dem Titel: **Heilung des Krebses durch die Anwendung der physikalischen Therapie**, verfafst von Rivière. Es handelt sich hierbei um sechs Kranke, eine 64jährige Dame mit multiplen schmerzhaften Sarkomen des Gesichts und Oberkörpers, eine 50jährige Dame mit Sarkomrezidiv der Parotisgegend, einen 61jährigen Herrn mit Epitheliom der Zunge, eine Frau mit ulcerösem Brustkrebs, eine 51jährige Kranke mit Gebärmutter-Epitheliom und einen 46jährigen Mann mit Speiseröhrenkrebs, welche erstere fünf durch Radiotherapie, letztere aufserdem durch lokale Elektrolyse zu evidenter Besserung bez. Heilung gebracht wurden. Wenigstens ergibt auch beim letzten Kranken das Röntgenbild keine Spur von Tumorbildung mehr. Auffällig ist auch die sehr schmerzstillende Wirkung der Röntgenstrahlen auf solche maligne Prozesse.

Hopf-Dresden.

Die X-Strahlen in der Behandlung des Krebses, von Th. Tuffier. (*Presse méd.* 1904. Nr. 10.) Die Abhandlung stellt das Urteil über eine Reihe von fünf Fällen von Cancroid dar, welche radiotherapeutisch angegriffen wurden. Eine beigefügte Abbildung erläutert den günstigen Einfluls dieser Behandlung auf die regressive Entwicklung mancher Krebsformen. Für die Epitheliome der Zunge und der Mundhöhle hat der Verfasser bisher allerdings keine günstige Beeinflussung zu beobachten vermocht, abgesehen von einer auffälligen Linderung der Schmerzen.

Hopf-Dresden.

Parasitäre Epitheliome, von F. J. Bosr-Mömpelgard. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 34. Nr. 6.) Die Schafpocken, eine virulente, vorübergehend sogar septikämische Allgemeinerkrankung, erzeugen in allen Organen Veränderungen, welche, mit bloßem Auge gesehen, lebhaft an maligne Neubildungen erinnern und im mikroskopischen Bilde durch Epithelwucherungen charakterisiert sind, welche umfangreiche, atypische und weitausgreifende Bauformationen zeigen. Befallen werden nicht nur die Deck-Epithelien (Haut, Mund, Hornhaut u. a.), sondern auch die Drüsenepithelien. Man kann also von einem Schafpocken-Epitheliom (Epitheliom claveleux), also einem parasitären Epitheliom sprechen.

Hopf-Dresden.

Eine Studie über die histologischen Veränderungen beim Epitheliom nach Röntgenbestrahlungen, von J. Clark Stewart-Minneapolis. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 18. Juli 1903.) Verf. hat in einem mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von Epitheliom der Hand während der Behandlung zu verschiedenen Malen Probeexzisionen vorgenommen und berichtet über den mikroskopischen Befund. Klinisch zeigte sich die Wirkung der Bestrahlungen in der Einschmelzung der oberflächlichen Geschwulstmassen, während in der Tiefe der Tumor weiterwucherte und chirurgische Entfernung notwendig machte. Verf. hält es für wahrscheinlich, dafs im Falle einer günstigen Beeinflussung des Epithelioms durch die X-Strahlenbehandlung auch charakteristische histologische Veränderungen eintreten. Die ersten wichtigen Veränderungen sind Fettdegeneration und Vaskularisation der Epithelperlen. Da Fettdegeneration nach Unna bei Epitheliomen nie vorkommt, sieht Verf. hierin eine wesentliche Wirkung der Röntgenstrahlen. Durch Leukocyteninfiltration und mannigfache Degenerationsprozesse (hyaline Degeneration, Nekrose) wird dann das Tumorgewebe der weiteren Zerstörung entgegengeführt. Mit dem Fortschreiten der Epitheldegeneration treten in vermehrter Zahl Gebilde auf, die von den sogenannten Plimmerschen Körperchen nicht unterscheidbar sind.

Diese Ergebnisse unterzieht in der Diskussion Christian-Boston einer sehr abfälligen Kritik. Er konnte in einem Fall von Epitheliom feststellen, dafs nach einer Reihe von Bestrahlungen die Epithelzellen in den Nestern tot, nicht mehr färbbar und vielfach von Fremdkörperriesenzellen umgeben waren. Die abgetöteten Epithelzellen wirkten also nur mehr als Fremdkörper und wurden durch die Riesenzellen zerstört. Die Beweiskraft der fettigen Degeneration stellt Chr. bei der von Stewart angewandten Färbemethode mit Osmiumsäure in Zweifel; die grofse Zahl polynukleärer Leukocyten und die Gefäfsneubildung finde auch in dem Vorhandensein einer granulierenden Wunde ihre Erklärung. Ob die Röntgenstrahlen die Ursache dieser Befunde wären, bleibe eine durchaus offene Frage. — Nichols-Boston konnte keine charakteristischen histologischen Veränderungen finden. Er sieht in den X-Strahlen nur ein Reizmittel; sie veranlassen beim Krebs zunächst Wucherung, dann Zerfall. Er kennt auch mehrere Fälle, bei denen nach Röntgenbestrahlungen Hautkrebs sich entwickelt hat. Zuweilen wirken die Röntgenstrahlen gut, aber die operative Behandlung sollte doch immer den Vorzug haben. — Lund-Boston hat Gutes und Schlechtes von den Röntgenstrahlen gesehen. Seiner Ansicht nach wirken sie als mildes Reizmittel oder Kaustikum und haben auf nicht maligne Tumoren günstigen Einfluſs. Maligne Tumoren werden besser operativ entfernt, hinterher kann im Falle eines Rezidivs bestrahlt werden; aber zunächst einen Versuch mit Bestrahlungen zu machen und mit der Operation zu warten, ist geradezu gefährlich.

A. Loewald-Kolmar.

Epitheliom der Nase behandelt mit Röntgenstrahlen und Jodkalium, von Hall-Edwards. (*Brit. med. Journ.* 12. Dez. 1903.) Eine 61jährige Frau mit ulceriertem Epitheliom der Nase wurde vom 20. Januar bis 1. März 1903 mit 18 Expositionen von Röntgenstrahlen (harte Tube mit erhitzter Antikathode in einer Entfernung von sechs Zoll zehn Minuten lang) behandelt, die Behandlung dann wegen einer Dermatitis unterbrochen. Am 13. März waren nur schwache Anzeichen von Heilung sichtbar, und man beschlofs, der Patientin Jodkalium zu verordnen. Einige Tage später erlitt sie einen Oberschenkelbruch. Verfasser sah sie erst Mitte April wieder. Um diese Zeit war das Geschwür an der Nase vollständig abgeheilt. Patientin gibt an, dafs sie das Jodkalium noch weiter genommen habe, und dafs innerhalb von zehn Tagen seit Beginn der Jodmedikation die Erscheinungen an der Nase verschwunden seien. Vor der Röntgenstrahlenbehandlung hatte die Patientin schon

einmal eine Jodkur aber ohne Erfolg durchgemacht. Die mikroskopische Untersuchung von Partikelchen des Gewächses hatte ein typisches Epitheliom als vorliegend ergeben. *C. Berliner-Aachen.*

Zwei Fälle von Ulcus rodens, von V. Casoli. (*Rif. med.* 1903. Nr. 46.) Das bemerkenswerte bei diesen beiden Fällen ist der Kontrast zwischen dem histologischen Befunde und der Gutartigkeit des klinischen Verlaufes. Die Behandlung bestand in Auskratzen der Ulcerationen mit dem scharfen Löffel und nachträglicher Applikation der Cernyschen Arseniklösung. In beiden Fällen wurde eine vollständige Heilung erzielt. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Ulcus rodens, von J. C. O'Day - Oil City. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 16. Mai 1903.) Ein Ulcus rodens am rechten oberen Augenlide hatte sechs Jahre lang unaufhaltsam um sich gefressen und die Gesichtshälfte bis auf die Knochen fast vollständig zerstört. Dann war der Prozefs zum Stillstand gekommen, und der Patient lebt seit zehn Jahren in dem gleichen Zustande fort.

A. Loewald-Kolmar.

Ein Fall von idiopathischen multiplen Hautsarkomen, von Franciszek Krzysztalowicz. (*Przeglad lekarski.* 1903. Nr. 49—51.) Von den verschiedenen Formen der multiplen Hautsarkome ist nur eine — das Sarcoma cutis multiplex idiopathicum (pigmentosum) haemorrhagicum von Kaposi — näher bekannt und beschrieben. Der vom Verf. in der Prof. Reissschen Klinik in Krakau beobachtete Fall zeigt wesentliche Unterschiede, sowohl im klinischen Verlauf, wie im anatomischen Bau, vom Kaposischen Typus und wird daher vom Verf. in die Gruppe der sarkoiden Geschwülste eingereiht, welche noch keine klare Deutung in der Dermatologie erhalten haben.

Es handelte sich um einen 52jährigen Mann, bei dem ein walnufsgrofser, livider, teilweise exulcerierter und beim Druck ein hämorrhagisches Sekret liefernder Knoten unter dem rechten Skapularwinkel (angeblich seit zwei Jahren) sichtbar war.

Mehrere kleinere, teilweise über dem Hautniveau hervorragende, teilweise in der Tiefe der Haut liegende Knötchen um den Knoten und weiter davon entfernt — alle auf der rechten Thoraxseite und auf einer geröteten Hautzone, die sich von der Wirbelsäule bis zur Mamilla erstreckte. — Da Arsenanwendung von keinem Erfolg begleitet wurde, wurde die affizierte Hautpartie exzidiert, wonach die Hautwunde per primam heilte. Nach zwei Monaten Rezidiv von frischen Knoten in der Umgebung der Narbe. Intensive Arsentherapie hat diesmal eine wesentliche Besserung hervorgerufen, aber ein halbes Jahr darauf — abermaliges reichliches Rezidiv auf der rechten Thoraxseite mit beiderseitiger Affektion der Axillardrüsen. Abermalige Arsentherapie. Trotz Besserung der vorhandenen Knötchen entstehen neue in der Umgebung der alten, die Schmerzen werden immer intensiver, der Allgemeinzustand schlechter, und 15 Monate nach dem ersten Eintritt in die Klinik trat Exitus ein. Die Sektion ergab zahlreiche Metastasen in beiden Lungen, im Pericard, in der Leber.

Die exzidierten Hautknoten wurden sowohl wie die Knoten aus den inneren Organen, eingehend mikroskopisch untersucht und die erhaltenen Bilder mit den Bildern der Kaposischen Form verglichen. Neben den ausgebildeten Neoplasmen wurden frische Infiltrate untersucht, die vom Verf. als Beginn des Prozesses betrachtet werden. Diese Infiltrate haben anfangs den Charakter aller chronischer, wie syphilitischer und insbesondere tuberkulöser, Prozesse. Auch im weiteren Verlaufe werden die Plasmazellen der Infiltrate zu epitheloidalen und dann zu Riesenzellen. Aber in der weiteren Entwicklung können schon zwei Formen unterschieden werden — die eine, die den „diffusen", die zweite, die den „figurierten" Formen Unnas entsprechen.

Zum Schlusse gehen die Zellenherde einer Nekrose entgegen und es bildet sich auf deren Stelle ein frisches Bindegewebe.

Zum Unterschiede von Kaposischen Sarkomen, die man nach dem Verf. als Sarcoma fusocellulare betrachten sollte, bilden die Knoten in seinem Falle ein Sarcoma globocellulare. Dazu kommt noch der Befund der Riesenzellen, welche in den Kaposischen Fällen immer fehlen und im Falle Verfassers so zahlreich waren, dafs er histologisch als Riesenzellensarkom betrachtet sein sollte. Doch will der Verf. noch nicht das Riesenzellensarkom mit Unna als eine spezielle Form der Rundzellensarkome annehmen, da für ihn die Vermutung nahe liegt, dafs es sich dabei nur um quantitative Unterschiede handeln könnte. — Die Untersuchung der Infiltrate, welche den Prozefs inaugurieren, ergibt, dafs die Hautsarkome immer aus Bindegewebe zu entstehen scheinen: die Infiltrate bestehen anfangs aus Bindegewebe, das sich erst später in Neoplasmazellen des einen oder des anderen Typus umwandelt.

Zur Erklärung der grofsen Unterschiede im Verlaufe der echten Sarkome der inneren Organe und der sarkoiden Geschwülste der Haut will der Verf. nicht, dem Beispiele anderer Autoren folgend, die sarkoiden Geschwülste als Neoplasmen, sondern als Ausdruck unbekannter chronisch-entzündlicher Prozesse betrachten; er macht vielmehr auf die Differenzen in der anatomischen Struktur der Haut und der inneren Organe aufmerksam; insbesondere kommt diesbezüglich das Bindegewebe in Betracht.

Die ausführliche Arbeit ist mit sieben mikroskopischen Bildern illustriert.

Leon Feuerstein - Bad Hall.

Bericht über einen Fall von Sarcomatosis cutis nebst einer analytischen Zusammenstellung von 50 anderen, aus der neueren Literatur gesammelten Fällen, von T. C. Wilson und F. J. Kaltreyer-Philadelphia. (*Amer. Journ. med. science.* Nov. 1903.) Diesen Fall, der eine 26jährige, sonst im wesentlichen gesunde Frau betrifft, fassen Verfasser kurz folgendermafsen zusammen: Pigmentmal an der Stirn; schnelles Wachstum nach einer Verletzung und intensivere Gefäfsbildung; operative Entfernung mit normaler Narbenbildung; zurzeit und bald nach der Operation Auftreten von disseminierten Knötchen in der Haut und dem subcutanen Gewebe; schnell entstehende Leberschwellung von unregelmäfsiger Form; Milzschwellung; rapide Abmagerung; Tod. Wesentlich neue Gesichtspunkte bietet der Fall ebenso wie die tabellarische Zusammenstellung aus der Literatur nicht.

Philippi - Bad Salzschlirf.

Über subunguale Sarkome, von Johs. Roth. (Inaug.-Dissert., Rostock, 1903.) Der Verfasser beschäftigt sich mit den seltenen subungualen Tumoren. Er fügt den in der Literatur zerstreut berichteten 14 Fällen einen 15. aus eigener Beobachtung hinzu, der einen 63jährigen Arbeiter betraf, dem seit zwei Jahren unter dem Nagel des vierten linken Fingers eine „Warze" zum Vorschein gekommen war; später entwickelte sich noch eine zweite, ebenfalls gefühllose Warze unter demselben Nagel, beide bluteten leicht. Da eine Behandlung der ekzematösen Reizung und der Hyperkeratose nicht zum Ziele führte, vielmehr die Schwellung rasch wuchs, so wurde die Diagnose auf eine Neubildung, und zwar eine maligne, gestellt und die Absetzung der Endphalanx vorgenommen. Die Untersuchung ergab, dafs es sich um einen, wahrscheinlich vom Periost ausgehenden, fächerförmig angeordneten Tumor handelte. Mikroskopisch erwies er sich als ein Spindelzellensarkom. Verfasser geht dann eingehend auf die verschiedenen Sarkomformen ein, welche sich bei diesen subungualen Tumoren finden, und bespricht die Therapie, die entsprechend der Malignität nur eine operative, oft mit Ausräumung der infizierten regionären Lymphdrüsen, sein kann.

F. Hahn-Bremen.

Spätresultate der Röntgenbehandlung bei Sarkomen, von WILLIAM B. COLEY-New York. (*Med. News.* 8. Febr. 1904.) In den sieben von C. kurz beschriebenen Fällen von Sarkom verschiedener Lokalisation, welche mit Röntgenstrahlen behandelt worden sind, traten mehr oder weniger früh Rezidive auf. Es sollten also nicht in ganz irreführender Weise solche Fälle als Heilresultate figurieren. Bei Carcinom sollte nach C.s Ansicht die Röntgenmethode auf rezidivierende und inoperable Fälle, ausgenommen kleine, oberflächliche Epitheliome des Gesichts, beschränkt werden. Selbst bei letzteren, glaubt C., würden mit Exzision die Resultate bessere und anhaltendere sein, aufser in der Nähe der Augenlider und Nasenflügel. Kurz, es steht gegenwärtig noch nicht fest, dafs irgendwelche Dauerheilungen erzielt worden sind, ausgenommen vielleicht bei Ulcus rodens. *Stern-München.*

Angeborene Hypertrophie des linken Beines und der linken Skrotalhälfte, von ALBERT MOUCHET. (*Presse méd.* 1903. Nr. 78.) Die Mitteilung, deren wesentlicher Inhalt in der Überschrift ausgedrückt wird, betrifft einen 18jährigen Kranken, der früher wegen kongenitaler Phimose den Arzt aufsuchte und jetzt wegen der obengenannten Erscheinungen ins Krankenhaus kam. Therapeutisch kommen elastische Einwicklungen und bei deren Erfolglosigkeit die Unterbindung der Arteria femoralis der betreffenden Seite in Frage. *Hopf-Dresden.*

b. *Benigne.*

Über Schweifsdrüsentumoren, von OSCAR KLAUBER-Prag. (*Beitr. z. klin. Chir.* Bd. 41. Heft 2.) Nach eingehender Berücksichtigung der seither über Schweifsdrüsentumoren erschienenen Literatur, zum Teil mit genauer Wiedergabe einzelner Krankengeschichten, beschreibt Verfasser einen von ihm selbst beobachteten Fall. Es handelte sich um eine am Scheitel sitzende Geschwulst, die der 36jährige Patient schon seit früher Kindheit besessen. Das makroskopische Aussehen sprach für ein Hautcarcinom, eventuell maligne Degeneration eines Atheroms. Nach Exstirpation unter SCHLEICHscher Anästhesie wurde die Neubildung vom Verfasser einer eingehenden histologischen Untersuchung unterworfen, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen. Das Ergebnis war die Diagnose: Cyst-Adenoma papilliferum der Schweifsdrüsen mit Beteiligung der Drüsenkörper sowohl, an welchen es zur Cystenbildung, als auch der Ausführungsgänge, an welchen es zur Bildung von Papillen gekommen.

Im weiteren Verlaufe der Abhandlung entwirft dann Verfasser nach den aus der Literatur geschöpften und seinen eigenen Beobachtungen das klinische Bild der Schweifsdrüsentumoren, woraus im wesentlichen das Folgende zu entnehmen ist:

Von den Schweifsdrüsen ausgehende Tumoren können in jedem Lebensalter vorkommen, am meisten aber zeigen sie sich im fünften bis sechsten Jahrzehnt des Lebens. Besondere Prädilektionsstellen gibt es nicht. Die Tumoren treten meist einzeln auf. Die Gröfse schwankt zwischen Stecknadelkopf- bis Kindskopfgröfse. Die Geschwülste nehmen ihren Ausgang unter bezw. in der Haut, die Epidermis darüber bleibt meist intakt, oft wird aber auch selbst bei gutartigen ein Zerfall der darüber liegenden Epidermis beobachtet, wenn die Tumoren eine bedeutende Gröfse erreichen. Regionäre Lymphdrüseninfektionen wurden bisher nicht beobachtet. Subjektiv sind in der Regel wenig Beschwerden vorhanden, nur wenn der Tumor auf in der Nähe befindliche Nervenfasern drückt. Die Dauer der Geschwülste beträgt Jahre und Jahrzehnte, sie wachsen mit dem Individuum.

Was die Diagnose betrifft, so wird dieselbe durch den klinischen Verlauf allein nicht mit Sicherheit zu stellen sein, sondern stets nur mit Hilfe des Mikroskops.

Was die typischen Neubildungen, die Adenome, anlangt, so ist zu unterscheiden zwischen solchen, die nur die Ausführungsgänge (Syringadenom UNNAS), oder blofs

die Drüsenkörper (Spiradenom), oder beide betreffen. Differentialdiagnostisch mufs einwandfrei der Nachweis der Abstammung von Knäueldrüsen geliefert werden. Schwierig wird die Diagnose bei vorgeschrittener Cystenbildung, weil die Unterscheidung von Talgdrüsencysten unmöglich ist, stets ist dabei auf das sorgfältigste nach Resten normalen oder wenig veränderten Gewebes zu suchen, was Anhaltspunkte geben könnte.

Die Carcinome treten meist als Adenocarcinome auf.

Die Adenome der Schweifsdrüsen sind als gutartige Geschwülste zu betrachten, weil niemals Metastasen beobachtet werden; doch kommt es nicht selten vor, dafs sie malign degenerieren, weshalb ihre Exstirpation in jedem Falle angezeigt ist. Die Prognose der Schweifsdrüsencarcinome ist dunkler wie die der Carcinome im allgemeinen.

Der fleifsigen und erschöpfenden Arbeit sind zwei Tafeln beigegeben, welche den vom Verfasser selbst beobachteten Fall in makroskopischer und mikroskopischer Hinsicht illustrieren. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Die Hühneraugen und die Warzen. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1908. Nr. 45.) Aufzählung der zu einer wirksamen Behandlung der Hühneraugen und der Warzen geeigneten Medikamente; neue Mittel werden dabei nicht genannt.

Götz-München.

Die Behandlung von Gefäfstumoren mit Injektion von heifsem Wasser, von John A. Wyeth-New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 27. Juni 1908.) Verfasser hat in Fällen von Gefäfstumoren, bei kavernösen Angiomen sowohl wie beim Aneurysma circoides, bei denen wiederholt vergebliche Versuche operativer Entfernung vorgenommen worden waren, überraschend schöne Erfolge durch die Injektion von kochendem Wasser in die Tumormasse erzielt. Es trat sofort Koagulation ein, und durch die dadurch bedingte Ernährungsstörung schrumpften die Tumoren innerhalb weniger Wochen bedeutend zusammen. Zwei bis drei Injektionen in Zwischenräumen an verschiedenen Stellen reichten gewöhnlich aus, um den Tumor zum Verschwinden zu bringen. Bei kleinen Geschwülsten und bei kapillären Angiomen ist das Verfahren nicht so empfehlenswert. Dagegen glaubt Verfasser, dafs es eine Zukunft in der Behandlung von Hämorrhoiden, Rektumfisteln, blennorrhoischen Bubonen, Cysten, Abscessen und Lipomen hat. *A. Loewald-Kolmar.*

Bericht über einen Fall von Fibroma molluscum, von Henry G. Anthony-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 13. Juni 1908.) Bei einem sonst völlig gesunden Mädchen traten im 15. Lebensjahre verstreut über den ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichtes, der Hände und Füfse, zahlreiche lentigoartige Pigmentflecke auf der Haut auf. Drei Jahre später begann regellos an pigmentierten wie an nicht pigmentierten Stellen die Entwicklung von Tumoren, die sich ganz allmählich vergröfserten. Als das Mädchen 25 Jahre alt war, konnten etwa 100 teils in, teils unter der Haut gelegene Tumoren verschiedener Gröfse nachgewiesen werden; der gröfste safs in der Kniekehle, hatte Haselnufsgröfse. An den gröfseren Tumoren waren die Erscheinungen zentraler Erweichung nachweisbar, die eine Verflüssigung des Inhalts vermuten liefsen, doch war von einer solchen beim Einschneiden nicht die Rede. Auf dem Rücken safsen einige gestielte, weiche Fibrome, und an zwei Stellen des Körpers fanden sich gröfsere Pigmentflecke. — Die Diagnose Fibroma molluscum wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Verfasser sieht in dem Fibroma molluscum eine Entwicklungsstörung, hervorgegangen aus dem Bindegewebe der Cutis und Subcutis und zusammengesetzt aus myxo-fibrösem Bindegewebe von embryonalem Typus. Bemerkenswert ist, dafs zwischen den jüngeren Tumoren ohne und den älteren mit zentraler Erweichung Unterschiede in der mikroskopischen Struktur nicht nachweisbar

waren. Im Zentrum der Pigmentflecke will Verfasser ein mikroskopisch kleines Fibroma molluscum entdeckt haben, das in seinem Bau durchaus mit dem der gröfseren übereinstimmt und seinen Sitz in der Umgebung einer Talgdrüse hat. — Verfasser betrachtet die Pigmentationen als durchaus zu dem Bilde des Fibroma molluscum gehörig; er meint, es kann Fälle geben, in denen nur Tumoren sichtbar sind, dann Fälle, in denen Tumoren und Pigmentationen gemischt vorkommen, und endlich Fälle, die überhaupt nur Pigmentationen aufweisen.

In der Diskussion bemerkt Duncan-Bulkley, dafs er ein Schrumpfen und Verschwinden von Tumoren in einem Falle von Fibroma molluscum bei der Behandlung mit Hochfrequenzströmen gesehen habe. *A. Loewald-Kolmar.*

Das Molluscum contagiosum und die papillomatösen Syphilide, von Darier. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 1.) Kurze Beschreibung eines Falles von Molluscum contagiosum am Knie. Die Knötchen hatten auffallenderweise violette Farbe und waren exkoriiert; ihr Aussehen liefs zunächst an Folliculitis denken.

Weiterhin bespricht D. ganz kurz die Diagnose der papillomatösen Syphilide (breite Kondylome). *Götz-München.*

Papillom des Limbus conjunctivae, von George H. Heilmuller-Washington. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 8. Aug. 1903.) Kurze kasuistische Mitteilung mit Abbildung des Falles. *A. Loewald-Kolmar.*

c. *Pigmentanomalien.*

Adrenalin bei Addisonscher Krankheit, von H. M. Raven. (*Brit. med. Journ.* 16. Jan. 1904.) Der Verfasser berichtet über eine Patientin in den dreifsiger Jahren, welche im Jahre 1898 an Scharlach erkrankte und im Anschlufs daran eine eigentümliche Verfärbung der Haut wahrnahm. Während der nächsten vier Jahre litt die Frau häufig an Erbrechen, Diarrhoe, Ohnmachtsanfällen, allgemeiner Mattigkeit, so dafs sie kaum gehen konnte. Die Pigmentation nahm langsam zu. Der Zustand schien, als sich zeitweilig noch Krämpfe einstellten, hoffnungslos zu sein. Alle charakteristischen Symptome der Addisonschen Krankheit waren vorhanden. Zu einer höchst kritischen Zeit, als die Patientin mehrere Krampfanfälle gehabt und danach in einen langen comatösen Zustand mit jagendem, kleinem Puls verfiel, wurde die Adrenalintherapie als ultimum refugium eingeleitet. Die Kranke erhielt dreimal täglich fünf Tropfen einer Adrenalinlösung von 1 : 1000 (von der Firma Parke, Davis & Co.). Innerhalb von zwei Wochen stieg man bis auf zehn Tropfen dreimal täglich. Der Zustand besserte sich langsam, aber stetig. Das Bewufstsein kehrte allmählich zurück, der Puls ging auf 80—90 herab und wurde kräftiger. Auch die Pigmentation verringerte sich in deutlicher Weise. Die Dosis wurde auf 20 Tropfen, später bis auf 40 gesteigert, mufste jedoch öfters wegen Eintretens von Herzschwäche wieder vermindert werden. Die Patientin erholte sich ganz und gar; sie nahm an Körpergewicht und Körperkraft zu. Die Konvulsionen hatten schon in der ersten Woche der Behandlung dauernd aufgehört. Nunmehr nach elf Monaten erfreut sich die Patientin eines guten Allgemeinbefindens. Die bedrohlichen Erscheinungen haben sich nicht wiederholt. Selbst die Pigmentation ist in grofser Ausdehnung einer helleren Hautfarbe gewichen. Die Patientin nimmt immer noch Adrenalin in wechselnden Dosen zwischen 10—20 Tropfen. *C. Berliner-Aachen.*

Hochgradige Hautverfärbung nach Injektion von Nebennierenextrakt von A. Schücking-Pyrmont. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 5.) Sch. hat in fünf Fällen bei plastischen gynäkologischen Operationen, um jeden Blutverlust zu vermeiden, zu beiden Seiten des zu führenden Schnittes Adrenalinlösung in die Schleimhaut der Vagina und in das Gewebe der Portio eingespritzt. In den ersten drei

Fällen, in denen er je 3 ccm einer 1%igen Lösung injizierte, traten üble Nebenwirkungen nicht auf. Dagegen machte sich im vierten Falle, in dem 1½ ccm einer 1%igen Lösung eingespritzt wurden, während der Narkose vorübergehend eine mäfsige Cyanose geltend, und im letzten Falle, in dem 1¾ ccm der 1%igen Lösung zur Verwendung kamen, trat sieben Minuten nach der Injektion eine schwarzblaue Verfärbung der Haut ein, wie sie sonst nur bei Morbus Addisonii beobachtet wird. Gleichzeitig wurde die Atmung bei deutlich fühlbarem Puls oberflächlich. Die sofort eingeleitete künstliche Atmung bewirkte sehr rasch das Auftreten tiefer und regelmäfsiger Atemzüge, während die Verfärbung erst nach einer halben Stunde verschwand. Nach dem Aufwachen aus der Narkose stellte sich heftiges, langandauerndes Erbrechen ein. Es war also bei submukoser Injektion von Nebennierenextrakt eine Erscheinung aufgetreten, die für chronische Nebennierenerkrankung typisch ist. Diese Beobachtung spricht dafür, dafs es sich bei Morbus Addisonii um eine durch die Erkrankung ausgelöste, innere Hypersekretion handelt; sie beweist ferner, dafs beim Gebrauche des Nebennierenextraktes Vorsicht geboten ist. *Göts-München.*

Ochronosis: Pigmentbildung der Knorpel, der Sklera und der Haut bei Alkaptonurie, von W. Osler - Baltimore. (*Lancet.* 2. Jan. 1904.) Im Jahre 1866 beschrieb Virchow unter der Bezeichnung Ochronosis einen Fall von bislang unbekannter Schwarzfärbung der Knorpel bei einem an Aneurysma gestorbenen 67jährigen Manne. Seitdem sind noch sechs ähnliche Fälle beschrieben, zum Teil im Verein mit Alkaptonurie. O. beschreibt zwei einschlägige Beobachtungen, bei denen die wichtigsten Abnormitäten folgende waren: I. Der nunmehr 63jährige Patient zeigt seit sechs Jahren in allmählich zunehmender Intensität eine schwarze Verfärbung der Ohrknorpel, der Skleren (nicht der Conjunctiva) und der Haut der Nase und Wangen in Schmetterlingsform, wo man zunächst den Eindruck einer Verfärbung durch Schiefspulver hat. Im Urin wurde eine reduzierende Substanz, nicht Glukose, nachgewiesen; derselbe ist bei der Entleerung niemals schwarz gewesen, nimmt aber nach einigen Stunden eine dunkle Farbe an. II. Der 49jährige Bruder des vorigen Patienten, ebenfalls mit Alkaptonurie behaftet, zeigte ähnliche Verfärbungen, aber in geringerem Grade. Ob mehr als ein zufälliges Zusammentreffen der beiden seltenen Affektionen vorliegt, erscheint nach den bisherigen Beobachtungen zweifelhaft.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von gelungener Entfernung einer vergrösserten Milz mit gedrehtem Stiel, adhärent der rechten Seite des Beckens, bei einer Frau mit zahlreichen Knotenbildungen und Pigmentierungen der Haut, von J. Clarence Webster - Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 4. April 1903.) Der Fall bietet vorwiegend für den Internisten und Chirurgen Interesse, da vor der Operation, die nach etwa 17jährigem Bestehen des Tumors ausgeführt wurde, nichts für eine Milzerkrankung sprach, und der Gedanke einer Milzverlagerung überhaupt nicht ins Auge gefafst wurde. Die Ursache der Milzvergrösserung ist nicht aufgeklärt. Vielleicht handelte es sich um einen Fall von sog. Milzanämie. Bei dieser Krankheit sind Pigmentierungen der Haut nichts Ungewöhnliches. Ob die Knotenbildungen der Haut — es waren Fibromata mollusca — mit dem allgemeinen Krankheitsbilde in irgendwelchem Zusammenhang standen, ist zweifelhaft; sie traten jedenfalls erst später als der Unterleibstumor auf. *A. Loewald-Kolmar.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Zur Kasuistik der Nagelerkrankungen, von F. Brauns-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 41.) Kurze Beschreibung eines Falles von Koilonychie; derselbe war dadurch ausgezeichnet, dafs die Nägel am Rande der schüsselförmigen Vertiefungen eine lamellenartige, durch einen nach oben konvexen Bogen begrenzte Abblätterung aufwiesen; an mehreren Nägeln fanden sich sogar zwei derartige Bogen. Der Fall betraf ein 21jähriges, stark chlorotisches Mädchen.

Weiterhin sah B. bei einer 27jährigen, gesunden Frau durchscheinende, schmutziggräuliche, den gröfseren Teil der Nägel einnehmende, zentralwärts durch einen konvexen Bogen scharf begrenzte Flecke, unter denen die Nägel vollständig vom Nagelbett abgehoben waren. Intakt waren nur die Nägel der kleinen Finger. Die Ursache der Abhebung waren kleine warzenähnliche Erhebungen mit blumenkohlartiger, schmutziger Oberfläche; gegen den Nagelfalz zu bildeten diese Wärzchen mehr zusammenhängende, an einfache Hyperkeratose erinnernde Massen. Es handelte sich um ein Papilloma subunguale. Die Therapie bestand in allmählicher Abtragung der Nägel und elektrolytischer Behandlung der Wärzchen.

Endlich beschreibt B. noch einen Fall von Hyperkeratosis subungualis, der wahrscheinlich angeboren war oder doch sich von der frühesten Jugend an ganz langsam entwickelt hatte. Auffallenderweise waren die Nägel der beiden Mittel- und kleinen Finger intakt. *Göts-München.*

Das klinische Aussehen und die Behandlung einiger Nagelaffektionen, von Fred. J. Levisbur-New York. (*Transact. of the Amer. dermat. Ass.* 1903.) L. beschränkt sich in der Hauptsache auf Affektionen, von denen er selbst Fälle gesehen und behandelt hat. Wenn er auch am Schlusse seiner Arbeit betont, dafs an anderen Stellen des Körpers hervortretende Zeichen des Leidens, das die Nägel befallen hat, im allgemeinen erst die Diagnose sichern, so liegt ihm doch daran, gewisse klinische Merkmale aufzustellen, nach denen im gegebenen Fall die einzelnen Nagelveränderungen auseinander gehalten werden können. Die Trichophytie der Nägel, die in einzelnen Fällen als primäre bezw. einzige Lokalisation beschrieben worden ist, beginnt mit gelblicher Verfärbung der Nagelplatte, Verlust des natürlichen Glanzes und Hyperkeratosis des Nagelbettes. Wenn, wie es meist geschieht, die oberen Schichten sich ablösen, so bleiben klinisch schwer zu diagnostizierende, harte unelastische, rauhe, schmutzigbraune Nagelreste zurück, in denen man aber oft die Pilze leichter und eher nachweisen kann. Die Affektion wird öfters bei älteren Leuten beobachtet, doch ist es unentschieden, ob bei senilen Veränderungen der Nägel eine Prädisposition schaffen oder ob die häufige Vorliebe für Tiere (Hunde und Katzen), die in vielen Fällen die Quelle der Infektion sind, ein Grund dafür ist. Eine parasitäre Nagelaffektion mit unbekanntem Erreger, die sich nur bei Erwachsenen, meist bei gleichzeitig bestehendem Ekzema seborrhoicum und Pruritus findet, hat L. in zehn Fällen beobachtet. Von der Lunula breiten sich schnell über den ganzen Nagel stecknadelkopfgrofse runde Flecke aus, die oft in konzentrischen Linien angeordnet sind. Die Erkrankung ähnelt etwas dem État ponitillé des ongles, wie er bei Psoriasis der Nägel gefunden wurde, doch sind die einzelnen Flecke viel kleiner und ist Psoriasis bei keinem der befallenen Patienten gefunden worden. Meist ist eine Mehrzahl von Fingern erkrankt; viel Behandlung, namentlich mit Alkalien verschlimmert die Sache, dagegen habe lokale Bäder mit 1 %iger Kalium permangan-Lösung täglich zweimal (nachfolgende Entfärbung mit 2 %iger Oxalsäurelösung) guten Erfolg gehabt. Favus der Nägel, der sich im allgemeinen viel häufiger als Trichophytie, aber fast stets nur in Fällen mit Kopffavus findet, beginnt am freien Rande

des Nagels mit kleinen Hohlräumen in der Nagelsubstanz. Therapeutisch empfiehlt L. Nagelextraktion mit nachfolgenden Sublimatbädern, nur in leichten Fällen Versuch mit Jodpinselungen; scharfe Ätzmittel und scharfer Löffel sind zu verwenden, da die geringste Verletzung der Matrix Mifsbildungen des Nagels verursacht. Mit Cheiropompholyx vergesellschaftet hat Verfasser Nagelaffektionen gesehen, denen eine Erkrankung der Matrix zugrunde lag, und die mit Ausfall des Nagels und Bildung eines neuen endigten. Ekzem der Nägel ist klinisch schwer von anderen Formen zu trennen; L. hat es im Gefolge akuter Dermatitiden oft in Form kleiner Familienepidemien beobachtet. Von chemischen Agentien bewirkt Arsen, namentlich bei Arbeiten mit Parisergrün, tiefe Ulzerationen, besonders in der Gegend der Lunula mit trockenem, schwarzem, mumifiziertem Grund und meist ohne Schmerzen. Was bei Sealskinfärbern die flachen warzenartigen Ekrescenzen um den Nagel und die subunguale Hyperkeratosis hervorbringt, ist noch unentschieden; in Frage kommen: Pyrogallussäure, Anilinschwarz und Wasserstoffsuperoxyd. Während der Nagel selbst verdickt und schwarz wird, entstehen in den schwarzen, harten, warzenartigen Massen vielfach Fissuren, die sehr schmerzhaft sind. Bei Koilonychia, der wahrscheinlich Nagelbettsveränderungen zugrunde liegen, hat L. oft eine quere Leiste im Nagel gefunden, so dafs zwei exkavierte Partien vorhanden sind. Bei Onychorrhexis, die Heller als Varietät der Onychoatrophie betrachtet, hat auch L. neben den longitudinalen Fissuren Verkleinerung der Nägel und der Endphalangen gefunden. Von einigen anderen Nagelaffektionen berichtet Verfasser ohne eigene Erfahrungen und weist zum Schlusse noch auf die mannigfachen Veränderungen der Nägel bei verschiedenen Allgemeinerkrankungen hin. *W. Lehmann-Freiburg i. B.*

Eine neue Operationsmethode der Hämorrhoiden, von Landström. (*Zentralbl. f. Chir.* 1903. Nr. 47.) Verfasser hat zur Operation der Hämorrhoiden eine Quetschzange mit 7 cm langen, 4—5 mm breiten Branchen angegeben. Die Knoten werden vorgezogen, die Zange an der Basis angelegt, und nun wird die Zange mit der Hand zugedrückt und dann durch eine Schraube ganz festgeschlossen. Der abgeklemmte Teil wird sofort abgeschnitten. Prinzip der Methode ist, dafs man die Knoten ohne Sutur und Ligatur entfernen kann. Und in der Tat ist der Druck so stark, dafs die Abklemmungsstelle papierdünn wird, und nie aus ihr Blutung erfolgte. Nach acht Tagen zeigte die abgeklemmte Stelle eine reine ½—1 cm breite Wunde, die im allgemeinen nach zwei Wochen geheilt war, ohne Beschwerden zu machen.

F. Hahn-Bremen.

Über Brüchigkeit der Haare, von A. K. Bond-Baltimore. (*Louisville Journ.* Sept. 1903.) Dieser Zustand, welcher an verschiedenen Körperstellen vorkommen kann, ist nach B.s Ansicht zweifellos abhängig von irgendeiner Ernährungsstörung, vielleicht einem lokalen Mangel des Fettes, mit welchem das Haar normalerweise schlüpfrig gemacht wird, aber wohl kaum auf eine Allgemeinstörung des Organismus zurückzuführen ist. Mit zunehmendem Alter wird die Neigung zu dieser Haarerkrankung eine gröfsere. Was deren verschiedene Lokalisationen betrifft, von welchen B. die wichtigsten bespricht, so verursacht sie, wenn an den Augenlidern vorkommend, zuweilen eine Reizung der Bindehaut, nach deren Ursprung oft vergeblich gesucht, und die oft nur mit dem Vergrösserungsglase erkannt wird; nach Entfernung der einwärts stehenden, brüchigen Haare hört meist der Reizzustand der Conjunctiva auf. Die kleinen Abscesse am Naseneingange, an welchen manche Leute oft lange leiden, führt B. auch meist auf die dort vorhandenen, brüchigen Haare zurück, nach deren Entfernung (mit peinlicher Sorgfalt vorzunehmen!) auch diese lästige Folgeerkrankung aufhört. Ebenso ist es der Fall am Ohrläppchen (Reizzustand infolge Brüchigkeit der dort vorhandenen feinen Härchen, sekundäres Ekzem u. s. f., Heilung

nach Entfernung derselben). Auch am Nasenrücken und den übrigen Teilen des Gesichtes kann diese Brüchigkeit der Haare vorkommen, und B. hebt die Möglichkeit hervor, dafs hierin vielleicht eine Entstehungsursache für den Hautkrebs liege (chronischer Reizungszustand), der ja ebenfalls im höheren Alter häufiger werde.

Stern-München.

Beitrag zur Ätiologie der Alopecia areata, von A. Whitfield-London. (*Lancet.* 5. März 1904.) Bei vier Fällen dieses Leidens, welche zum Teil mit heftigen Kopfschmerzen einhergingen, hat Verfasser ein promptes Wachsen der Haare alsbald nach Beseitigung einer gleichzeitig bestehenden Sehanomalie eintreten sehen, während vorher jegliche Behandlung versagte. Bei einer ganzen Reihe von Schulkindern hingegen hat er Alopecie ohne gleichzeitige Sehstörung konstatiert. Er will deshalb das durch das Augenleiden bedingte nervöse Moment nicht für alle Fälle, wohl aber für eine nicht unbeträchtliche Zahl von Patienten als höchst beachtenswert hervorgehoben haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über hundert Impfversuche mit Alopecia areata, von M. L. Jacquet. (*Presse méd.* 1903. Nr. 99.) Zwar hat die parasitäre Theorie der Alopecia areata aufserordentlich an Boden verloren, allein die Durchdringung des Publikums mit ihr ist noch keine allgemeine. Noch glaubt dasselbe an die Ansteckungsfähigkeit der Pelade und fürchtet deren soziale Folgen. Aus diesem Grunde hat Jacquet hundert Impfversuche angestellt und zwar an fünf seiner Schüler und an sich selbst. Abgeimpt wurde von 15 Kranken mit Alopecia areata der verschiedensten Typen und Entwicklungsstadien, und zwar von nicht behandelten Kranken. Alle hielten sich für durch Ansteckung erkrankt. Einer gab sogar an, sein Bruder habe ihn infiziert. Jacquet liefs letzteren zu sich bitten. Es stellte sich heraus, dafs er seine Pelade vor fünf Jahren gehabt hatte. Der Erfolg war absolut negativ. Nicht ein Haar ist den sechs Geimpften ausgegangen. *Hopf-Dresden.*

Zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum, von Adolf Bayard-Leuk. (Inaug.-Dissert. Zürich 1903.) B. beschreibt einen von Heuss beobachteten Fall von Xeroderma pigmentosum, dessen Eigentümlichkeiten er mit einigen anderen in der Literatur mitgeteilten Fällen in Parallele zieht. Ätiologisch interessant ist, dafs die 21jährige Patientin von Geschwisterkindern abstammt: B. rechnet aus, dafs die bisher überhaupt bekannt gewordenen Xerodermkranken (etwas über 100 Fälle) aus 40 Familien stammen, von denen in 12,5 % eine Eheschliefsung von Blutsverwandten stattfand, und stellt dies als ein Moment der angeborenen Disposition hin. — Die Blutuntersuchung, die in einer gewissen Übereinstimmung mit den Befunden von Okamura und Riecke steht, führt den Verfasser zu einer Zurückweisung der Annahme Okamuras, dafs die Blutveränderungen direkt von der Erkrankung abhängig sind (dafs nämlich die herabgesetzten Hautfunktionen auf den Gesamtorganismus einen beeinträchtigenden Einfluss ausüben.) — Der mitgeteilte Fall ist relativ leicht und gibt keine absolut ungünstige Prognose. *W. Lehmann-Freiburg i. B.*

Ein Beitrag zur Ätiologie und Kasuistik des Lupus erythematodes, von August Voirol-Bern. (*Dtsch. Mediz. Ztg.* 1903. Nr. 80—85.) V. hat das Material der Dermatologischen Klinik zu Bern und der Privatpraxis Jadassohns nach den Beziehungen des Lupus erythematodes zur Tuberkulose einer eingehenden Bearbeitung unterzogen und einige atypische und speziell akute Fälle, sowie statistische Daten über die Häufigkeit des Lupus erythematodes in den verschiedenen Ländern hinzugefügt. Im ganzen werden 69 Fälle von Lupus erythematodes behandelt, von denen 23 sicher tuberkulös, 7 verdächtig, 6 nur belastet, 33 ohne Anhaltspunkte für Tuberkulose waren. Es läfst sich also kein gesetzmäfsiger Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten konstruieren, ja selbst die Frage, ob die Tuberkulose zu Lupus erythe-

matodes prädisponiert, oder ob die Lupus erythematodes-Patienten mehr disponiert sind, tuberkulös zu erkranken, kann auf Grund vorliegender Statistik nicht entschieden werden, das beweisen auch die meisten anderen Statistiken, die V. aufführt. Dann werden die Tuberkulinreaktion, die Lymphdrüsenerkrankungen und das gleichzeitige Vorkommen von Lupus erythematodes und tuberkulösen Hauterkrankungen besprochen. Der echte typische Lupus erythematodes reagiert lokal fast nie auf Tuberkulin, die grofsen Drüsennarben und -pakete am Hals bei Lupus erythematodes-Patienten sind häufig, während Verfasser nur drei Fälle von gleichzeitigem Vorkommen von Lupus erythematodes mit tuberkulösen Hauterkrankungen beobachtete. Der zweite Abschnitt der Arbeit gehört den atypischen, disseminierten und akuten Fällen, er schildert zwei Fälle von akutem Lupus erythematodes Kaposi, bei welchem sich im zweiten Falle Chinin in grofsen Gaben gut bewährte. Diesen beiden Fällen werden zwei Fälle von Lupus erythematodes disseminatus und ein Fall von Lupus erythematodes hämorrhagicus bullosus faciei et capillitii, Lupus erythematodes vulgaris dorsalis manuum angereiht. Diese fünf atypischen Fälle betrafen sämtlich Frauen, die sich in bezug auf ihr Genitalsystem abnorm verhielten.

Was die Häufigkeit des Lupus erythematodes betrifft, so kommt er im Norden öfter vor als im Süden, wie die meisten Autoren behaupten, doch ist dieses tatsächlich nicht immer richtig, ebensowenig wie es feststeht, dafs die Landbevölkerung mehr vom Lupus erythematodes befallen wird als die Stadtbevölkerung.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Fall von Sklerodermie nach vorausgegangenem Morbus Basedowii, von H. Krieger. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 41.) Bei einer 47jährigen Frau stellten sich bald nach dem Auftreten der Basedowschen Krankheit die Zeichen der Raynaudschen Krankheit und Symptome von Sklerodaktylie ein. Während aber der Morbus Basedowii sich rasch besserte, nahm die Sklerodaktylie im Laufe der Jahre langsam, aber stetig an Schwere zu. Etwa zwölf Jahre nach Beginn des Leidens fand Kr. die Endphalangen sämtlicher Finger verkürzt und verschmälert; die Haut über denselben war glänzend, dünn und mit der Unterlage fest verlötet, die Haut über den anderen Phalangen ebenfalls glänzend und verschieblich, aber noch deutlich verdickt. An den Kuppen dreier Finger bestanden kleine, verhornte, bei Berührung aufserordentlich schmerzhafte Schwielen; nach Aussage der Patientin verschwinden dieselben in der warmen Jahreszeit, um im Winter immer wieder zu kommen. Die Nägel waren rissig und verkümmert, die Finger leicht gerötet, aber nicht cyanotisch, auf dem Handrücken fand sich beiderseits eine leichte, kissenförmige Schwellung. An den Unterarmen war die Haut auf der Ulnarseite leicht verdickt. Die Beweglichkeit der Fingergelenke war nicht unbedeutend eingeschränkt. Finger und Dorsalflächen der Hände wurden bei Kälteeinwirkung taub und blau. An den Beinen fand sich, abgesehen von einem leichten chronischen Ekzem an einem Unterschenkel und unbedeutenden Varicen, eine auf die Aufsenseiten beider Unterschenkel beschränkte Verdickung und Blässe der Haut. — Im Anschlufs an die Beschreibung dieses Falles teilt Kr. aus sämtlichen, bisher veröffentlichten kasuistischen Mitteilungen über Komplikation von Morbus Basedowii mit Sklerodermie die wichtigsten Daten mit und erwähnt dann kurz die Theorien, die über die Natur beider Krankheiten aufgestellt worden sind. Er selbst hält beide Affektionen für Nervenkrankheiten.

Göts-München.

Ein Fall von Sklerodermia diffusa et circumscripta mit Sklerodaktylie bei einem neunjährigen Mädchen, von Carl Harm. (Inaug.-Dissert., Rostock 1903.) Die Arbeit beschreibt den Fall und liefert dadurch den Beweis, dafs die verschiedenen Formen der Sklerodermie, wie auch Wolters schon behauptete, bei einem Individuum

vorkommen könne und in einander übergehen. Die Haut der Patientin war am ganzen linken Schenkel von dem Prozefs ergriffen, aufserdem fanden sich Stellen am Bauch und im Gesicht. Unter einem interkurrenten Erysipel trat zeitweilige Besserung ein, ebenso auf Thiosinamineinspritzungen, aber im ganzen nahm der Prozefs an Ausbreitung zu. Verfasser schildert dann eingehend Ätiologie und Symptomatologie.

F. Hahn-Bremen.

Sklerodermie in Verbindung mit Raynaudscher Krankheit und Addisonscher Pigmentation, von Harrison. (*Brit. med. Journ.* 16. Jan. 1904.) Die 45jährige Patientin leidet seit einer Reihe von Jahren an rheumatischen Schmerzen, die bald hier, bald dort auftreten und oft von einer gewissen Steifigkeit des Körpers begleitet sind. Vor 4—5 Jahren bemerkte die Frau, dafs die Haut eine eigentümliche Bronzeverfärbung anzunehmen begann, zunächst zeigten diese Pigmentation das Abdomen, dann die Oberschenkel, später Brust und Arme und neuerdings Hals und Gesicht. Vor einem Jahre etwa wurde die Wahrnehmung gemacht, dafs die Fingerspitzen unter dem Einflusse der Kälte eisig kalt, weifs und taub wurden. Schliefslich entstanden an denselben Stellen Ulcerationen, die erst bei wärmerer Witterung schwach vernarbten. Während des Sommers verschwand für gewöhnlich dieser Zustand. In den letzten sechs Monaten jedoch hat sich derselbe wesentlich verschlimmert. Die Empfindlichkeit gegen die Einwirkung ist gröfser geworden und hat auch die Nasenspitze, die Ohren und in der letzten Zeit die Zehen ergriffen. Hand in Hand mit dieser Erscheinung ging eine abnorme Trockenheit der Haut einher.

Gegenwärtig sind die Hände und Finger steif, geschwollen und bedeckt von einer dicken, harten, trockenen, durchscheinenden, schwach gelblichen Haut. Sowie sie warm gehalten werden, werden sie rot und brennen. Bei Kälte tritt sofort lokale Asphyxie auf. Das Allgemeinbefinden der Patientin ist nicht wesentlich gestört, wenngleich dieselbe anämisch aussieht und zeitweilig über Mattigkeit klagt.

C. Berliner-Aachen.

Einige Bemerkungen über Sklerema neonatorum, von E. R. Stillman-Troy. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 25. April 1903.) Mitteilung eines Falles vom Sklerema adiposum, bei dem die Schwellung und Verhärtung vom Penis und Scrotum ausgegangen war. Die Autopsie ergab aufser den bekannten Hautveränderungen makroskopisch nichts Besonderes; die mikroskopische Untersuchung der Haut zeigte keine dem makroskopischen Befunde entsprechenden Veränderungen. Verfasser glaubt, die Ursache des Leidens sei eine vom Magendarmkanal ausgehende Autointoxikation.

A. Loewald-Kolmar.

Idioneurosen.

Die Behandlung des Juckens, von M. B. Hartzell-Philadelphia. (*The Therap. Gaz.* Febr. 1902.) Verfasser hat neben Pruritus infolge äufserer Ursachen, Hautleiden usw., neben rein nervösem Pruritus und solchem infolge innerer Krankheiten (wie Diabetes, Ikterus, chronische Nephritis usw.), auch bei reichlichem Kaffee- und Opiumgenufs ausgebreitetes Hautjucken beobachtet. Innerlich hat er Brom, Cannabis indica, Extr. Jaborandi fluid (dreimal täglich 15—20 Tropfen), Antifebrin, Antipyrin, Phenacetin und Salol (alle vier Stunden 0,5 g) gegeben und manchmal gute Erfolge erzielt. Die Lokalbehandlung ist stets am wirksamsten und auch bei Pruritus infolge innerer Ursachen nicht zu umgehen. Die Aufzählung der äufseren Mittel bringt nichts Neues; H. hebt hervor, dafs Thymol am besten bei senilem Pruritus wirke und Resorcin stets in Lösung mit NaCl-Zusatz (1/2 %) zu verwenden sei.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Pruritus senilis, geheilt durch Injektionen mit Sperminum Poehl, von Bosse - Ostseebad Cranz. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 7.) Ein 57jähriger Patient erklärte nach einer Injektion, von seinem Leiden befreit zu sein; ein 67jähriger Patient erhielt vier Injektionen, während welcher das Jucken zunahm, so dafs die Kur abgebrochen wurde. Acht Tage später war das Jucken verschwunden.

A. Loewald-Kolmar.

Die Behandlung des Pruritus ani durch Röntgenstrahlen, von J. Rawson Pennington - Chicago. (*New York Journ.* 20. Febr. 1904.) In den 13 Fällen dieses obstinaten Leidens, gegen welche alle übrigen Behandlungsmethoden ohne Erfolg angewandt worden waren, erzielte P. eine völlige Heilung durch einige wenige Sitzungen mit Röntgenbestrahlung. Die Wirkung der Röntgenstrahlen führt P. darauf zurück, dafs die mehr oder weniger starke Infiltration und Hautverdickung in der Umgebung des Afters, welche meist bei lange bestehendem Pruritus vorhanden sei, günstig beeinflufst und der normale Zustand der Haut, sowie der peripheren Nervenendigungen wieder hergestellt werde. In keinem der behandelten Fälle stellte sich Dermatitis oder irgendeine andere Nebenwirkung der Röntgenstrahlen ein.

Stern-München.

Beitrag zur Pathologie und Therapeutik des diabetischen Pruritus vulvae, von A. Lorand - Karlsbad. (*Dtsch. Praxis.* 1903. Nr. 16.) L. hält die Mehrzahl der Fälle von Pruritus vulvae für diabetisch und meint, dafs oft nur methodische Untersuchungen das Vorhandensein der manchmal geringen Mengen Zucker aufdecken. Das Jucken kommt seiner Meinung nach zustande: 1. durch die erregend giftige Aktion des diabetischen Blutes, 2. durch den chemischen Reiz des zuckerhaltigen und mit Harnsäure übersättigten Urins, und 3. infolge einer nervösen Prädisposition der Patientin. Als fördernde Elemente sieht er mangelnde Reinlichkeit und veraltete Obstipation mit nachfolgender Hyperämie der Beckenorgane an. Therapeutisch kommt aber, aufser Mafsnahmen, die diesen ursächlichen Momenten gerecht werden, auch die Lokalbehandlung als sehr wichtig in Frage. Verfasser hat in je einem Fall von reinem Naftalan bezw. 10%iger Anästhesinsalbe bleibende Erfolge gesehen und empfiehlt besonders die letztere. *W. Lehmann-Freiburg i. B.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der Hyperhidrosis universalis, von Friedrich Müller-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 45.) Bei einer 20jährigen, bis dahin vollständig gesunden Krankenpflegerin trat, während gleichzeitig die fällige Menstruation ausblieb, eine sehr starke Hyperhidrosis universalis auf; dieselbe wurde, als sich in den beiden folgenden Monaten die Periode, wenn auch nur schwach, wieder einstellte, während der Zeit der Blutung etwas geringer, um von da an noch bedeutend heftiger zu werden; die Periode blieb nunmehr andauernd aus. Die Schweifssekretion war so stark, dafs frisch angezogene Leibwäsche schon nach einer Viertelstunde vollständig durchnäfst war. Die Patientin magerte sehr rasch ab, hatte viel durch ausgedehnte Schweifsekzeme zu leiden und wurde auch psychisch sehr ungünstig beeinflufst. Die Untersuchung der inneren Organe ergab lediglich eine ausgesprochene Hypoplasie des Uterus; aufserdem bestand andauernd Tachykardie (100—120 Schläge), die Zahl der Respirationen war auf 20—40 in der Minute vermehrt, die 24stündige Harnmenge schwankte zwischen 600 und 2200 ccm bei einem spezifischen Gewicht von 1033—1012. Eine nennenswerte Besserung liefs sich trotz der verschiedensten therapeutischen Mafsnahmen nicht erzielen; höchstens gelang es, durch warme Bäder mit nachfolgender kühler Abreibung und Einpuderung der wunden Stellen die Schweifssekretion für einige Stunden einzuschränken. Die Kranke starb wenige Monate, nachdem sie ungebessert aus der Klinik entlassen worden war; die Sektion wurde nicht gemacht. — Nach M. handelte es sich in diesem Falle um eine neurasthenische Hyper-

hidrosis; er nimmt eine gesteigerte Erregbarkeit der Schweifszentren an und betrachtet die zweifellos vorhandene Steigerung der Oxydationsprozesse als eine Reaktion des Organismus auf die mit grofsen Wärmeverlusten verbundene Verstärkung der Schweifssekretion. *Götz-München.*

Sekretionsanomalien.

Die Hyperhidrosis bei Paralyse, von MARANDON DE MONTYEL. (*Presse méd.* 1903. Nr. 9.) Auf neun paralytische Männer kommt nach des Verfassers Untersuchungen einmal die abnorm starke Schweifsabsonderung. In einem Falle trat vier Monate nach dem Schwinden der allgemeinen Hyperhidrose eine umschriebene abnorme Schweifsabsonderung an der Stirn auf. Das Maximum der Hypersekretion der Schweifsdrüsen fällt in die zweite, das Minimum in die dritte Periode der Paralyse, in die Zeit der Depressionszustände. Meist waren die mit Hyperhidrosis behafteten Paralytiker solche, bei deren Ätiologie Syphilis und Alkohol keine Rolle spielten. Nach dem 50. Lebensjahre wurde das Symptom nicht beobachtet. Das Auftreten der Hyperhidrosis war meist ein exzessives, das Ende ein plötzliches. *Hopf-Dresden.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Bemerkungen über die wahrscheinlichste Art der Infektion mit sog. Filaria perstans und über die Wahrscheinlichkeit, dafs dieser Organismus in Wirklichkeit der Gattung Tylenchus (BASTIAN) angehört, von H. C. BASTIAN-London. (*Lancet.* 30. Jan. 1904.) Von anderer Seite (CHRISTY) ist konstatiert worden, dafs man Filariasis vorwiegend oder sogar ausschliefslich in den Gegenden antreffe, wo Bananen gedeihen. B. weist darauf hin, dafs man wiederholt an den Wurzeln der Bananen Nematoden gefunden hat, und nach der Art, wie die Einheimischen von den Produkten dieses Baumes Gebrauch machen, sei es ganz gut möglich, dafs die Nematoden nicht nur durch den Magendarmkanal, sondern auch direkt durch die Haut sich dem menschlichen Körper einverleiben, obgleich ersterer Modus nach B. wohl die Regel bildet. Für Dracunculus hält er aber eine Infektion durch die Haut hindurch für das wahrscheinlichste. Ferner erläutert B. seine Ansicht, dafs die Filaria der von ihm entdeckten Gattung Tylenchus, von der es vier Arten gibt, angehöre.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Die anatomischen Verhältnisse der sog. Filaria perstans und der Infektionsmodus bei derselben, von H. C. BASTIAN-London. (*Lancet.* 5. März 1904.) Mit ziemlicher Ausführlichkeit demonstriert Verfasser, dafs unsere Kenntnisse in dieser Hinsicht noch sehr unklar sind, dafs man so gut wie gar nichts über die innere Anatomie der Filaria perstans wisse und demnach durchaus nicht in der Lage sei, das Genus derselben zu bestimmen. Von einer eigentlichen Metamorphose könne bei ihnen, sowie bei allen Nematoiden keine Rede sein, da ihre Entwicklung zur Maturität eine stetige und stufenweise erfolgende sei. Die Mitwirkung eines Zwischenwirts ist kein notwendiges Erfordernis, und die Übertragung kann sehr wohl durch Aufnahme der Eier mit Trinkwasser oder Vegetabilien in den menschlichen Körper, wo sie dann als fakultative Parasiten sich weiter entwickeln, stattfinden.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Lebensdauer des Dracunculus (Guinea worm), von S. A. POWELL-Bombay. (*Lancet.* 27. Febr. 1904.) Eine Gesellschaft von 16 Herren mit 5 Dienern reiste im Jahre 1902 von Bombay, wo der Wurm nur als importierte Affektion beobachtet wird, nach Mahad in Indien, wo im Jahre 1903 etwa die Hälfte der Einwohner davon be-

fallen war, und blieb dort zwei Tage, wobei sie Quellwasser ohne weitere Vorsichtsmafsregeln tranken. Nach 345 Tagen trat zuerst bei einem der Herren ein Wurm am Unterschenkel hervor, und im Laufe der folgenden drei Monate wurden noch neun entleert. Im ganzen wurden von den 27 Reisenden 7 affiziert, die anderen scheinen frei geblieben zu sein. Bei den zuletzt ergriffenen Kranken trat der Wurm 435 Tage nach der Infektion hervor. In diagnostischer Beziehung sind Fieber, anscheinend unverhältnismäfsig intensive Beschwerden an der betreffenden Stelle, Odem an Gesicht und Händen und Vermehrung der eosinophilen Blutkörperchen hervorzuheben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine schmarotzende Made, Gastrophilus epilepsalis (?), in der Haut eines Kindes, von F. L. Washburn-St. Anthony Park. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 16. Jan. 1904.) Bei einem drei Wochen alten Kinde, das seit der Geburt täglich einige Stunden im Freien geschlafen hatte, fand sich an verschiedenen Körperstellen in Pusteln eine Made, über die die Entomologen sich nicht einigen konnten. Ein Dipterenspezialist identifizierte die Made mit dem Gastrophilus epilepsalis, einer bisher nur als Intestinalparasit gefundenen Larve. Gastrophilus gehört zur Familie der Oestriden (Bifsfliegen). *A. Loewald-Kolmar.*

Totales subcutanes Emphysem, von A. Tozzi. (*Rif. med.* 1903. Nr. 47.) Es handelt sich um ein kräftiges, neunjähriges Mädchen, bei dem sich nach heftigen Hustenanfällen zunächst am Halse ein hochgradiges subcutanes Emphysem entwickelte, das sich dann nach und nach über den ganzen Körper ausbreitete. Nach einem Monat waren diese Erscheinungen verschwunden und das Kind vollständig genesen. Verfasser nimmt an, dafs sich das Emphysem infolge von Bersten einiger Lungenalveolen an der Lungenspitze ausgebildet hatte. Wenn es dabei nicht gleichzeitig zu einem Pneumothorax gekommen war, so mufste dies auf den Umstand zurückgeführt werden, dafs an der Spitze alte pleuritische Adhärenzen bestanden und so der Luftaustritt nach dem subcutanen Gewebe des Halses und nicht nach der Brusthöhle geschah. *C. Müller-Genf.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Einige Betrachtungen über Erkrankungen des Urogenitalapparates vom Standpunkte des allgemein praktischen Arztes aus, von William H. Thomson-New York. (*New York Journ.* 17. Okt. 1903.) Th. glaubt, man sollte bei Veränderungen im Urogenitalsystem vielleicht nicht, wie bis jetzt gewohnt, mit den Nieren beginnen, sondern auch die Nebennierenkapseln einschliefsen, da bei jeder wirklichen Nephritis im ganzen Gefäfssystem eine bemerkenswerte Veränderung eintrete. Akonit hält er bei hochgradiger Blutspannung (infolge von Nephritis) für das beste Gegenmittel (gefäfserweiternd), wodurch auch wieder die gesunkene Harnstoffabsonderung bedeutend gehoben würde (Anführung eines Falles). In Fällen von Niereninsuffizienz, welche auf Magendarmaffektion zurückzuführen ist, besteht im Gegenteil verminderte Gefäfsspannung, ist also Akonit sowie Adrenalin kontraindiziert, und sollten neben entsprechender Diät nur auf den Magendarm wirkende Mittel gegeben werden. Weiterhin kommt Th. bei seiner allgemeinen Betrachtung auf bakterientötende Mittel zu sprechen und empfiehlt Resorcin nach seiner Erfahrung als das beste lokale Desinfiziens für die Blase, speziell bei Cystitis in Begleitung der Prostatahypertrophie; nach jeder Blasenspülung läfst Th. einen kleinen Teil der Resorcinlösung in der Blase. Schliefslich empfiehlt Verfasser in Fällen hartnäckiger Spermatorrhoe, wie bei Hysteria virilis das Tragen eines Kissens am Perineum, welches durch geeignete Bänder befestigt wird und, nach seiner Angabe angefertigt, ihm schon vorzügliche Resultate gegeben hat. *Stern-München.*

Die Anomalien des Geschlechtstriebes und die Beurteilung von Sittlichkeitsverbrechen, von ARNEMANN-Grofsschweidnitz. (*Reichs-Med.-Anzgr.* 1904. Nr. 6 und 7.) Anknüpfend an die Fälle Sternberg und Dippold, betont der Verfasser, wie in den letzten Jahren die Erscheinungen der Befriedigung perverser Sexualtriebe in der Öffentlichkeit sich auffällig gehäuft haben. Hand in Hand damit tritt die Beobachtung, dafs die Verurteilung solcher Personen meist erst nach Begutachtung durch den ärztlichen Sachverständigen und vielfach in einer der Allgemeinheit zu milde erscheinenden Weise erfolgte. Es handelt sich dabei aber um krankhafte Zustände, die solchen Individuen auch durch die härtesten Strafen nicht ausgetrieben werden können, wie die Erfahrung lehrt. Das Hauptverdienst wissenschaftlicher Aufklärung auf diesem Gebiete hat KRAFFT-EBING, dessen Psychopathia sexualis ein grundlegendes Werk darstellt. Der Verfasser rekapituliert im vorliegenden Artikel die bekannten Erscheinungen dieses abnormen Geschlechtslebens, die in Steigerung oder Minderung und qualitativen Veränderungen des Triebes bestehen. Perversion nennt man die angeborene Perversität, die akquirierte Neigung anormaler Triebstillung. Als pervers gelten, wenn man den Beischlaf bei operativ der Kierstätte beraubten Frauen, bei nicht mehr Menstruierenden und den Coitus reservatus in Abzug bringt, alle jene Beiwohnungsarten, deren Ziel mit der Zeugung von Kindern nichts zu tun hat. Hierunter fällt Sadismus, Masochismus, Fetischismus, Exhibitionismus, konträre Sexualempfindung, Sodomie und Unzucht mit Kindern. Beim Sadismus ist die geschlechtliche Wollust an die Ausübung grausamer, schmerzhafter oder demütigender Akte geknüpft. Er findet sich fast nur bei Männern. Die Symptome sind Beschimpfungen (Wortsadismus), Kratzen, Beifsen, Kneifen, Beschädigungen der Kleidung, Zopfabschneiden, Besudeln mit Urin und den Fäkalien, Binden, Rutenschlagen, Stechen. Diese Mafsnahmen, von denen nur noch ein Schritt zu Mord, Nekrophilie und Anthropophagie ist, dienen entweder zur Vorbereitung des Geschlechtsverkehrs oder ersetzen ihn ganz, so dafs auch ohne direkte Beiwohnung Orgasmus eintritt. Der Masochismus ist das Spiegelbild des Sadismus. Es treten die Wollustempfindungen beim Erdulden obiger Qualen ein, die dem Coitus vorausgehen oder ihn begleiten. Diese Demütigungen gehen bis zum Ablecken der Füfse, Verschlingen des Kots und Urins. Für Sadismus (aktive) und Masochismus (passive) hat SCHRENK-NOTZING die Bezeichnung Algolagnie (Schmerzgeilheit) eingeführt, vielleicht nicht ganz mit Recht. Unter Fetischismus versteht man die Erscheinung, dafs zur Erzeugung von Wollust bestimmte Teile des weiblichen Körpers oder dessen Bekleidung (Auge, Haar, Fufs; Strümpfe, Schuhe, Beinkleider, Hemden u. a.) verwendet werden. Der Fetisch allein ohne die ihn tragende Person kann sogar Wollust hervorrufen, so ist das besonders bei Samt, Seide und Pelzwerk der Fall. Diese Individuen setzen sich unter Umständen durch Gewalt oder Diebstahl in den Besitz dieser Gegenstände. Die Exhibitionisten sind Personen, welche in Gegenwart anderer Individuen des entgegengesetzten Geschlechts oder von Kindern ihre Geschlechtsteile entblöfsen und dabei sexuelle Befriedigung empfinden. Die konträre Sexualempfindung stellt die Neigung zum gleichen Geschlecht dar, die mit Abneigung gegen das andere Geschlecht verquickt ist. Wir sprechen hier von Urningen, von Homosexuellen, von Uranismus, Inversion, drittem Geschlecht, mann-männlicher bezw. weib-weiblicher Liebe. Es gibt Übergänge zwischen reinem Urning und Normalgeschlechtlichem. KRAFFT-EBING unterscheidet vier Qualitäten. Die Männer überwiegen hierbei die Weiber. Doch kommen Fälle von lesbischer Liebe nicht selten vor. Päderastie ist nicht identisch mit Homosexualität. Letztere kann platonisch sein. In stärkerem Grade führt sie zu Betastungen, mutueller Onanie, Coitus inter femora oder in os. Nur exzessive Urninge führen den Coitus analis aus. Nach HIRSCHFELD sind das nur 8% aller Homosexuellen. Letztere geben, allerdings

bestrebt, ihre Zahl möglichst groſs erscheinen zu lassen, für Deutschland das Vorhandensein von etwa 25—30000 Gleichgeschlechtlichen an. Natürlich ist diese Ziffer viel zu hoch. Sicher ist aber anderseits, daſs es viel solcher Unglücklichen gibt. Existieren doch in Groſsstädten männliche Prostituierte, die meist Erpresser sind. Die Verdienste (!) solcher Leute sind oft enorme. So hat ein im Jahre 1898 in München zu sieben Jahren Zuchthaus verurteilter Kellner binnen vier Jahren 30000 Mark zusammenerpreſst. — Sodomie oder Bestialität stellt die Unzucht mit Tieren dar. In Frage kommen Hunde, Kühe, Affen, Bären, Stuten, Schafe, Ziegen, Schweine, Hühner und andere Tiersorten. In gewissen Bordellen hält man auch Hunde, die zur Ausübung des Coitus abgerichtet sind. (Schluſs folgt.) *Hopf-Dresden.*

Ein seltener Fall sexueller Perversion, von C. C. Gonshaw - Louisville. (*Louisville Journ.* Okt. 1903.) Der Fall betraf einen bereits 63jährigen Mann, der seit seinem 30. Lebensjahre mit scharfen Instrumenten oder Nadeln, die er sich in die Hinterbacken stieſs, die gröſste sexuelle Lust, gefolgt von Samenergufs, sich zu erzeugen wuſste und diese Gewohnheit auch späterhin, als er längst verheiratet und Vater mehrerer Kinder geworden war, beibehielt. Ein über 10 cm langes, spitzes Instrument, welches in den Hinterbacken stak und ihm diesmal doch Angst machte (der Mann war Uhrmacher), führte ihn im obigen Alter zum Chirurgen, welcher einen ziemlich komplizierten Eingriff zur Entfernung des Fremdkörpers ausführen muſste und die Entdeckung machte, daſs auch auf der anderen Seite der Hinterbacke ein hohl endigender Gang (Fistel) aus derselben Veranlassung (häufige Einstechung von spitzen Gegenständen) vorhanden war. *Stern-München.*

Das urnische Kind, von M. Hirschfeld - Charlottenburg. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 39.) Alle Geschlechtsunterschiede bilden sich aus einer einheitlichen Neutralanlage. Von der Wachstumenergie dieser Anlage ist es abhängig, ob ein Teil männlichen oder weiblichen Geschlechtscharakter trägt. Ebenso wie diese primäre bilden sich auch die sekundären Geschlechtscharaktere aus einer einheitlichen Anlage; Brust- und Kehlkopfbeschaffenheit, auch die Behaarung eines achtjährigen Knaben und Mädchens sind verschieden voneinander. Erst zur Zeit der Reife zeigt sich der Wachstumsanlauf, beim weiblichen Geschlecht an den Brüsten, beim männlichen an den Stimmwerkzeugen. Auch hier gibt es, wie bei der Entwicklung der charakteren Geschlechtsteile, zahlreiche Zwischenstufen, die als Gynäkomasten, Sopransänger usw. bekannt sind. Auch bei den tertiären Geschlechtsunterschieden, die sich auf den Intellekt, die Empfindung und die Neigung der Geschlechter beziehen, gibt es zahlreiche Übergänge; hierher gehören, entsprechend den übrigen Abweichungen, männliche Individuen mit weiblichem und weibliche mit männlichem Geschlechtstriebe. Daſs diese Anlagen sich schon oft im Kindesalter zeigen und entwickeln, haben auch andere Autoren festgestellt. Verf. belegt es ebenfalls durch mitgeteilte Beobachtungen. Nur durch eine wohlbedachte, individualisierende Erziehung, die das psychologische Erfassen der Kindesseele zur Grundlage hat, kann die tief in der Persönlichkeit wurzelnde Triebkraft nennenswert beeinfluſst werden, indem sie die vorhandenen guten Keime in die rechten Bahnen leitet, die schlechten Anlagen liebevoll hemmt. Aus einer Reihe von psychischen Symptomen ist man oft in der Lage, die Diagnose Uranismus frühzeitig zu stellen und so durch frühzeitige Erkenntnis und gerechte Würdigung den Eltern und vor allem den Kindern selbst oft einen höchst wertvollen Dienst für ihr Leben zu erweisen. *Putzler - Danzig.*

Der Wert des Klimas bei Tuberkulose des Urogenitalsystems, von W. H. Privleau-Asheville. (*Med. News.* 9. Jan. 1904.) Der Wert des Klimas ist bei dieser Form der Tuberkulose derselbe groſse wie bei jener der Lungen, vorausgesetzt, daſs auch hier die Behandlung genügend früh beginnt. Gebirgsklima von mäſsiger

Höhe, wo die Luft trocken und das Jahr hindurch ein Maximum von Sonnenschein vorhanden ist, bietet nach P.s Ansicht für Tuberkulöse die günstigsten Bedingungen, wo immer die Krankheit auch lokalisiert sein mag. Nicht selten sind die Seeküste oder Nadelwälder in der Nähe derselben von noch besserer Wirkung, z. B. bei Tuberkulose der Nieren und in solchen Fällen, wo der Patient im Gebirgsklima sich die Infektion zugezogen hat. Ein Patient mit Nierentuberkulose sollte auf keinen Fall besonders hochgelegene Gebirgsorte aufsuchen. Mäfsig hohe Berggegenden seien auch hier die Regel, aufserdem als wertvolle Hilfsmittel entsprechende Diät, hygienische Mafsnahmen, wie bei Lungentuberkulose und je nach dem Fall sedative Mittel und die sog. Harnantiseptika. *Stern-München.*

Über absteigende Tuberkulose des Harnapparates, von Arthur Göth. (*Prag. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 48.) Guyon und seine Schule hielten die aufsteigende Tuberkulose des Harnapparates für viel häufiger als die absteigende, von den Nieren ausgehende. Demgegenüber betont Verf., dafs in neuerer Zeit Tierexperiment, Cystoskopie und chirurgische Autopsie das Gegenteil bewiesen hätten. Der Irrtum kam auch häufig daher, weil die primäre Nierentuberkulose im Anfangsstadium zuweilen unter Beschwerden verläuft, die eine chronische Cystitis leicht vortäuschen können. Beschreibung zweier Fälle. Im ersten Fall, einem 18jährigen Patienten, deuteten verschiedene Symptome auf eine tuberkulöse Nierenerkrankung hin, jedoch ergaben die zahlreichen Untersuchungen des Harnsediments keine Tuberkulose. Erst das Tierexperiment (Meerschweinchen) zeigte deutliche Impftuberkulose. Bei der Cystoskopie fand man leichte Anschwellung an der linken Ureterenmündung, ohne Ulceration; Harn aus dem linken Ureter trüb, aus dem rechten klar; Blase normal. Im Sanatorium von Israel wurden auch nach einigen Injektionen von Kochs Tuberkulin im Harn Tuberkelbazillen nachgewiesen. Linksseitige Nephrektomie und Ureterektomie. Pat. erholt sich und wird beschwerdenfrei. Niere erwies sich als tuberkulös; Ureter war frei von Tuberkulose. — Im zweiten Fall handelte es sich um ein 15jähr. Mädchen, welches seit 4½ Jahren an einer besonderen Art von Harnträufeln litt. Urin trüb, sauer, Albumen 0,5 ‰, im Sediment Eiter, rote Blutkörperchen, Epithelien, keine Zylinder. Das Tierexperiment bestätigte den Verdacht auf Tuberkulose. Die Cystoskopie zeigte normale Blase, nur an der linken Ureterenmündung zwei kleine Erosionen. Der gesondert aufgefangene und mittels der Phlorizinprobe (nicht Phloridzin. D. Ref.) untersuchte Urin ergab sichere Erkrankung der linken Niere. Von Professor Israel wurde Nephrektomie gemacht. Die Niere war zu fünf Sechstel des Parenchyms tuberkulös erkrankt. — Verf. betont die Wichtigkeit des Tierexperiments, der Cystoskopie, des Ureterenkatheterismus und der Phlorizinprobe, welche in solchen Fällen allein zur richtigen Diagnose führen können. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Die jüngsten Fortschritte in der Chirurgie des Harn-Genitalapparates, von James Pedersen-New York. (*Med. News.* 10. Okt. 1903.) P. gibt einen kurzen Überblick über die Fortschritte, welche die letzten Jahre in dieser Beziehung gebracht haben, erwähnt in erster Linie die Nephropexie, welche durch je eine Methode zweier amerikanischer Ärzte, Guiteras und Davis, verbessert worden sei, sodann die Nephrolithiasis; die Bedeutung der Röntgenstrahlen zu deren genauer Diagnose sei nach den divergierenden Erfahrungen der amerikanischen Forscher jedenfalls noch eine zweifelhafte. Die heutigen Fortschritte in der Chirurgie der Prostata sieht P. darin, dafs die Bottinische Operation als solche wieder mehr in den Hintergrund getreten ist, ebenso die suprapubische Prostatektomie, und dafs die perineale Entfernung der Prostata allgemein adoptiert werde. Die Bottinische Operation bleibt auf diejenigen Fälle beschränkt, wo die Vergröfserung des Organs eine mäfsige ist und wo Patient einen ausgedehnteren Eingriff verweigert; recht befriedigende Resultate

habe die Verbindung der galvanokaustischen Inzision mit perinealer Eröffnung der Harnröhrenschleimhaut gegeben, wodurch die Vorsteherdrüse besser zugänglich und primäre Drainage der Blase möglich sei. Die Behandlung der akuten Urethritis blennorrhoica hat nach Verfassers Erfahrung eine wertvolle Bereicherung durch Einführung des Argyrols (Silber-Vitellin) erfahren, welches, schon in 2%iger Lösung wirksam, bis zu 20% Konzentration noch ohne Reizerscheinungen angewandt wurde und eine beträchtliche Abkürzung der bisherigen Heilungszeit zur Folge habe. Zur Asepsis des Urogenitalapparates seien die neuen Mittel Helmitol und Uriseptin (in der Dosis von 2—4 g auf vier- bis achtmal täglich) von aufserordentlich grofsem Werte. *Stern-München.*

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Ein neues Urethroskop mit Luftdehnung, von Ernest G. Mark-Kansas City. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 19. Dez. 1903.) Das von Schall und Fenrick in die Urethroskopie eingeführte Prinzip der Erweiterung der Harnröhre durch Einblasen von Luft hat grofse Vorteile. Die schwache Seite der Apparate war aber die Beleuchtung. Bei des Verfassers neuem Urethroskop sollen die den früheren Apparaten anhaftenden Mängel fortfallen; die Bilder der durch die Luft entfalteten Harnröhre sollen sehr klar und schön sein. *A. Loewald-Kolmar.*

Zur Asepsis des Katheterismus und der Cystoskopie, von Leopold Casper-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 46.) Die Aufgaben des aseptischen Katheterismus und der aseptischen Cystoskopie setzen sich aus drei Teilen zusammen: 1. die Instrumente aseptisch zu machen, 2. sie aseptisch zu erhalten, und 3. sie aseptisch in die Harnblase zu bringen. Um das erstere zu erreichen, ist es das beste, Metallinstrumente in Wasser, die anderen im Dampftopf, jedes Instrument gesondert von Tupfer oder Tuch umgeben, zu kochen. Um sie steril zu erhalten, empfiehlt es sich, die nichtmetallischen in Sublimatlösung 1 : 1000 zu legen, die metallischen und vor allem die Cystoskope in mit Seifenspiritus getränkten Tupfern und Wattebäuschen aufzuheben. Um sie aseptisch in die Harnröhre zu bringen, empfiehlt sich als Gleitmasse eine Mischung aus Hydrargyrum oxycyanatum (im Verhalten von 1 : 500), Glycerin, Tragakanth und Wasser, und zwar Tragac. 3,0, Aqu. dest. 100, Glycerin puris 20, Hydrargyr. oxycyan. 0,240. Man nennt dieses Katheterpurin. Erfüllt nun dieses Katheterpurin diejenigen Forderungen, die an Gleitmittel theoretisch gestellt werden müssen, so hält es auch in der Praxis allen wünschenswerten Anforderungen stand. Es sind keine Infektionen vorgekommen, es reizt die Harnröhre nicht, es macht die Instrumente sehr glatt und schlüpfrig, ist in Wasser löslich, wirkt bei der Cystoskopie nicht störend und kann, in Zinntuben aufbewahrt, stets ohne Vorbereitung Verwendung finden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zum Katheterismus posterior, von Paul Glaessner. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 2.) Ein 19jähriger Arbeiter hatte bei einem Unfall eine Harnröhrenverletzung erlitten, welche die Urethrotomia externa notwendig gemacht hatte. Ca. zwei Monate nach der Operation war der Mann als geheilt entlassen worden; bald darauf aber hatten sich Schmerzen am Damm, Incontinentia nocturna und häufiges Harnträufeln am Tage, sowie die Symptome einer Cystitis eingestellt, schliefslich war die Operationsnarbe am Damm wieder aufgebrochen, und von da an entleerte sich aller Urin tropfenweise durch diese Offnung. Vom Orificium externum urethrae aus einen Katheter in die Blase einzuführen, war nicht möglich; von der Fistelöffnung am Damm aus gelangte man mit der Sonde in eine Höhle, ein Weg von dieser zur Blase konnte nicht gefunden werden. Es wurde nun die ganze Narbe und der Fistelgang gespalten, oberhalb der Fistel fand sich eine Abszefshöhle, die

weder nach dem peripher, noch nach dem zentral gelegenen Abschnitt der Harnröhre einen Ausgang zeigte. Durch Inzision wurde zunächst eine Verbindung mit dem peripheren Teil der Urethra hergestellt, und ca. zwei Wochen später wurde, um den Katheterismus posterior ausführen zu können, die Sectio alta vorgenommen. Vom Orificium internum aus wurde eine ziemlich starke Rosenbusche Sonde eingeführt und es gelang, indem von der Dammwunde aus das im Wege stehende derbe Gewebe stumpf beseitigt wurde, die Bahn frei zu machen, so daſs schlieſslich vom Orificium externum aus ein Metallkatheter von 22 Charrière in die Blase vorgeschoben werden konnte. Der Katheter blieb als Verweilkatheter liegen, Blasen- und Bauchdeckenwunde wurden durch Nähte geschlossen. Am fünften Tage nach der Operation wurde der Metallkatheter entfernt und ein Nelotonkatheter als Verweilkatheter eingeführt, der ca. acht Wochen liegen blieb. Die Harnröhre wurde dann noch täglich mit Rosenbuschen Sonden dilatiert. Das Resultat war eine vollständige Heilung, der Mann konnte am Schlusse der Behandlung den Urin vier bis fünf Stunden halten und ihn dann in weitem, kräftigen Strahle ohne Beschwerden in völlig normaler Weise entleeren.

Gl. glaubt, daſs die in diesem Fall angewandte Art des Katheterismus posterior vor den sonst gebräuchlichen Methoden den Vorzug verdient, da sie einen primären Schluſs der Blasenwunde ermöglicht; doch ist sie bei frischen Verletzungen der Harnröhre naturgemäſs nicht anwendbar, da hier die nicht fixierten Enden der zerrissenen Urethra nach Entfernung des starren Katheters sofort wieder ihre ursprüngliche Lage einnehmen würden. *Götz-München.*

Über Kampfersäure als prophylaktisches Mittel gegen Katheterfieber, (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 1.) Verf. empfiehlt die prophylaktische Darreichung der Kampfersäure (3 gr pro die einige Tage vor und längere Zeit nach der Operation) gegen Katheterfieber und gegen die Fieberanfälle nach operativen Eingriffen in die Harnwege. Beschreibung eines charakteristischen Falles, in welchem Pat. nach jeder Katherisierung einen Schüttelfrost bekam, nach Kampfersäure jedoch Katheterismus, Cystoskopie und Bottinische Operation ausgezeichnet vertrug. Tritt trotz Kampfersäure Schüttelfrost ein, so handelt es sich wohl um eine ernstere Erkrankung (Pyämie, Pneumonie). *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Die keimfreie Aufbewahrung weicher und halbweicher Katheter, von Berthold Goldberg-Wildungen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 7.) Die keimfreie Aufbewahrung der Katheter ist von groſser Bedeutung für die Krankheitsverhütung und Krankheitsheilung. Für Kliniken und Spezialisten mit guter aseptischer Einrichtung ist die trockene, keimfreie Aufbewahrung der weichen und halbweichen Katheter in leeren Behältern am bequemsten und schonendsten. Aber vollkommene Trockenheit ist hierbei unbedingt nötig. Verf. empfiehlt, die Katheter, die Verschlüsse und die Glasrohre gesondert, einzeln, frei und ohne jede Hülle, mit Hilfe von aseptischen Katheterglashaltern, für eine Stunde im Wasserdampfapparat zu sterilisieren und danach die Katheter in den Rohren zu verschlieſsen. Für alle anderen Zwecke, besonders für Leute, die sich selbst öfter zu katheterisieren genötigt sind oder Katheter auf die Reise mitnehmen müssen, ist die Aufbewahrung in keimfreien Flüssigkeiten die einzige Methode, die Einfachheit und Sicherheit vereinigt. Notwendig ist, daſs die Katheter gänzlich von der Flüssigkeit umgeben sind, daſs bei ihrer Entnahme nicht die in die Blase einzuführenden Enden berührt zu werden brauchen, und daſs sie mit dem Verschluſs der Behälter nicht in Kontakt stehen. Um die letzte Forderung zu erfüllen, verwendet Verf. Glasrohre mit innerer Einschnürung und Einbuchtung, in welche die Katheter frei eingehängt werden; Katheter mit Anschwellung am äuſseren Ende hängen von selbst, überall gleichweite Katheter

werden mit Hilfe des aseptischen Katheterglashakens eingehängt. Als Aufbewahrungsflüssigkeit dient 1—3%ige Borsäurelösung. Verf. gibt genaue Anweisung, wie die Sterilisation und der Verschluſs in die Rohre zu erfolgen hat.

A. Loewald-Kolmar.

Über Präputialsteine, von J. Englisch-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 47.) Albers beobachtet bei 15000 Patienten einmal, Levin bei 33000 Kranken dreimal Präputialsteine; häufig treten sie auf Fipi-Island als Phophasteine mit der dort sehr häufigen Phimose auf. Dem Alter nach ist die Verteilung sehr unregelmäſsig; beschrieben sind im ganzen 82 Fälle. Die Grundlage für die Entwicklung der Präputialsteine liegt in der Beschaffenheit der Vorhaut und deren Absonderung. Die Vorgänge sind folgende:

1. Allgemeine Verklebung durch ausgebreitete Papillarwucherungen, totale oder ausgebreitete Verwachsung der Vorhaut mit der Eichel.

2. Verwachsung mit Stehenbleiben gröſserer zusammenhängender Lücken an der Oberfläche der Eichel, wodurch ein netzartig angelegtes System von Hohlräumen entsteht.

3. Nichtverwachsen an der Eichelfurche allein. Es entsteht dann ein Kanal, welcher entsprechend der Eichelfurche verläuft und jederseits neben dem Bändchen sich verschieden weit hinter demselben öffnet. Nur selten verschlieſsen sich diese Öffnungen. In diesem Kanal bildet die Epidermisanhäufung einen Ring oder erscheint aus verschiedenen Epithelperlen zusammengesetzt.

4. Bildung zerstreuter Hohlräume, welche untereinander nicht zusammenhängen und häufig Epithelperlen enthalten.

5. Verschieden weite Lösung von der Eichel. Hier finden sich sehr häufig ausgebreitete Epidermisplatten, welche der Eicheloberfläche fest anhaften und mit der Sonde gelöst werden müssen.

6. Vollständige Lösung der Vorhaut. Zwischen Vorhaut und Eichel findet sich entweder eine schmierige Masse, oder die ganze Eichel ist mit einem Epidermislager wie oben überzogen.

7. Nicht selten findet man zu beiden Seiten des Bändchens Vertiefungen, in welche der ringförmige Kanal einmündet, und in welchem nicht selten Epidermiskugeln enthalten sind.

Auf diese Weise sind die Orte, wo sich Steine finden, vorbereitet; in der Epidermisanhäufung ist die Grundlage gegeben, in welcher sich die Harnsalze imprägnieren können, so daſs auch die Form der Vorhautsteine vorgebildet ist. Einlagerungen von Steinen aus Niere und Blase erfolgt nur im weiten, freien Hohlraum der Vorhaut bei Phimose; sie sind zumeist harnsaure Nierensteine, selten reine Phosphate. Die Zahl der Steine ist verschieden und schwankt zwischen 1—116. Der Form nach unterscheidet man 1. geformte Steine, 2. nichtgeformte Steine, darunter einfache und schalenförmige Steine. Die Gröſse der Steine ist sehr verschieden, von Stecknadelkopfgröſse bis zur Gröſse eines Hühnereies. Die Länge schwankt von 0,4 bis 4,5 cm. Ebenso verschieden ist das Gewicht, sie wiegen von 2,50 bis 245,0 g. Die Zusammensetzung ist abhängig vom Ursprung der Steine. Majocchi unterscheidet die Steinmassen:

1. Smegmalithen, aus Smegma allein gebildet;

2. die gemischte Form aus Kalksalzen und Smegma;

3. solche mit Harnsalzen zusammengesetzt, geschichtete.

Was die Entstehung der Steine anbetrifft, so fand sich die angeborene Verengerung der Vorhaut in 57 Fällen 33mal angegeben, in 11 Fällen war keine Ursache zu ermitteln. Auch die erworbene Vorhautverengerung findet sich mehrfach

verzeichnet. Auch die Nichtübereinstimmung der äußeren Harnröhren- und Vorhautöffnung soll zur Steinbildung disponieren, selten ist das Steckenbleiben von Nieren- oder Blasensteinen im Vorhautsack. Über sonstige Ursachen gehen die Ansichten auseinander; einige glauben, daß die Harnzersetzung durch den Smegmabazillus die Ursache sei; nach Albers ist es die regelwidrige Absonderung der Schleimhautflächen, Römer behauptet, die Ursache der Steinbildung bestehe nur in einem Niederschlage des stagnierten Harns. Die Verteilung der Steine ist verschieden: Einzeln oder mehrfach im Vorhautsack; in abgeschlossenen Räumen bei Synechien über die Eicheloberfläche; in vielen Taschen bis zur Eichelkrone, die Eichelfurche, die Mündung des Kanals neben dem Vorhautbändchen. Bei Vorhautsteinen zeigen sich nur selten Prodromalerscheinungen, dahin gehören entzündliche, ulceröse Prozesse, welche die lokale Disposition bedingen. Harnbeschwerden sind selten. Die auffallendste Erscheinung ist die Vergrößerung des Gliedes an seinem freien Teil, die als Geschwulst in verschiedener Form auftritt, die Formveränderung ist nicht immer gleichmäßig. Zum Teil sind die Veränderungen durch die Beschaffenheit der Vorhaut begründet. Bei längerem Aufenthalt der Steine treten entzündliche Vorgänge auf, welche die Haut verdicken, röten, hypertrophisch machen. Bei akutem Verlauf kann es zur Gangrän der Haut kommen. Auch die Eichel erleidet verschiedene Veränderungen; hier sind es entzündliche Veränderungen bis zur Verschwärung, die meist durch den Druck der Steine bedingt sind. Atrophie der Eichel kommt häufiger vor. Auch erscheint das Glied vergrößert und entweder im ganzen hart, wenn es zu hypertrophischen Prozessen kommt, oder nur in einzelnen Teilen, wo die Steine eingelagert sind. Häufig ist die äußere Harnröhrenöffnung eng und callös verändert. Die Absonderung aus dem Vorhautsack wird erst eitrig, dann mißfarbig und jauchig mit Abstoßung von gangränösen Fetzen. Die subjektiven Erscheinungen beziehen sich auf den örtlichen Schmerz und die Störung der Harnentleerung, auch Störung der Geschlechtsfunktion können eintreten. Die Diagnose ist nicht schwierig; der Verlauf ist ein langsamer. Die palliative Behandlung führt nicht zum Ziel; allein die Operation bringt Hilfe in Form eines einfachen Schnittes an der oberen Seite. Bei Harnröhrenverengerungen ist diese durch Dilatation oder Einschnitt zu erweitern. Die Blutung ist bei der Operation leicht mit Eckstein'scher Charpie haemostatique zu stillen. *Putzler-Dansig.*

Über einen Fall von Epispadie mit Exstrophie der Blase, von B. Elicegui (*Revista Ibero-Americana de Ciencias médicas.* Nr. XX. 1903.) Der Fall, welcher einen 30jährigen Mann betrifft, bietet weiter nichts besonders Bemerkenswertes. Die Operation, welcher einige kleine Nachoperationen folgen mußten, führte schließlich zur vollständigen Funktionsfähigkeit der lädierten Organe. *C. Müller-Genf.*

Epispadie, von James B. Bullit-Louisville. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 1. Aug. 1903.) Die besten Resultate unter den zur Beseitigung der Epispadie empfohlenen Methoden gibt die Operation nach Cantwell. Die Technik ist kurz folgende: Nach Anlegung einer Perinealfistel und Einführung eines weichen Katheters in die Blase wird zu beiden Seiten des Penis, an der Grenze von Haut und Schleimhaut, in der ganzen Länge des Penis bis hinten zur Blasenöffnung je ein Schnitt geführt, die Schleimhaut wird abpräpariert und durch Nahtvereinigung der freien Enden zu einem Kanal geschlossen. Dann werden die Corpora cavernosa penis voneinander getrennt, was bei Epispadie sehr leicht sein soll, und der neugebildete Kanal wird zwischen den Schwellkörpern versenkt, diese werden über ihm wieder vernäht und zum Schluß erfolgt die Hautnaht. Der kosmetische wie der funktionelle Erfolg dieser Methode soll sehr gut sein. In einem Fall, den Verf. zu operieren Gelegenheit hatte, wäre nach dieser Methode die Harnröhre zu kurz geworden. Durch ein

Modifikation half er diesem Übelstand ab. Er bildete, ähnlich wie Van Hook es bei der Hypospadie gemacht hat, aus der Vorhaut einen Lappen, formte diesen durch Vernähung der freien Enden zu einem Kanal um und zog diesen Kanal durch einen durch die Eichel gelegten Tunnel hindurch. Die Vereinigung dieses Kanals mit dem nach Cantwell gebildeten gab eine genügend lange Harnröhre. Bis auf eine kleine, am Blaseneingang gelegene Stelle erfolgte überall glatte Heilung, und das funktionelle Resultat war trotz dieser kleinen Fistel ein recht erfreuliches.

A. Loewald-Kolmar.

Idiopathischer Priaprismus, neun Tage persistierend, von Mainzer-Jena. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 44.) Schilderung eines Falles von neun Tage dauernder Erektion bei einem 42jährigen Weber, der seit vier Jahren regelmäfsig im Winter solche Anfälle von Priaprismus hatte. *Bernhard Schulse-Kiel.*

Über reflektorische Hauteruptionen infolge von Erkrankungen in der Harnröhre des Mannes, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Med. News.* 26. Dez. 1903.) Die beiden Affektionen, welche für R. hier hauptsächlich in Betracht kommen, sind **Herpes progenitalis** und **Pruritus**, wobei nicht die Schwere des Hautleidens an sich, sondern die häufigen Rückfälle das Hauptübel sind. Bei wiederholt auftretendem Herpes sollten daher Harnröhre und deren Drüsen einer genauen Untersuchung unterzogen werden, nach R.s Erfahrung sind beinahe regelmäfsig chronische Urethritis mit all ihren Komplikationen die Ursache; neben der sehr einfachen Lokalbehandlung des Herpes mufs daher die Urethritis gründlich behandelt werden. Die Ursache für den Pruritus besonders am Perineum liegt weiterhin nach R. in Erkrankung der Pars prostatica der Urethra und der Prostata selbst (vergröfsert, geschwollen, entzündet): Untersuchung der Harnröhre mit Sonden (Strikturen) und rektale Palpation sind daher bei hartnäckigen, rezidivierenden Fällen von Pruritus, besonders des Perineums, angezeigt. Theoretisch erklärt er diesen Zusammenhang damit, dafs durch die Anhäufung abnormer Absonderungsprodukte in der Prostata ein Reiz auf die in dieser Gegend so zahlreich vorhandenen sensiblen Nervenfasern ausgeübt wird. Als therapeutisches Mittel empfiehlt R. in erster Linie Massage der Prostata, sowie nebenbei Irrigationen der ganzen Harnröhre und Blase mit einer leichten Lösung von übermangansaurem Kalium, zwei- bis dreimal pro Woche, Sondeneinführung (mit 25%igen Ichthyol überzogen) einmal wöchentlich. Ichthyol fand R. auch als das beste lokale Mittel gegen das Juckgefühl und zur Heilung eventuell sekundärer Ekzeme (in Salbenform); bei Komplikationen von Seite der Mastdarmschleimhaut warme Injektionen einer schwachen Boraxlösung und Einführung eines mit 25%igem Ichthyolglycerin durchtränkten Tampons (vermittels Spiegels) in das Rectum, welcher möglichst lange darin verbleiben soll. *Stern-München.*

Über Urethrismus, von C. F. Ziemssen-Wiesbaden. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 39.) Unter Urethrismus versteht Z. erstens: das Katheterfieber, zweitens: einen Schüttelfrost, der bei zu lange ausgedehntem Prodomalstadium der beabsichtigten Kohabitation entsteht, und während dessen das erigierte Glied in sich zusammensinkt unter Auftreten einer ganz geringen Feuchtigkeit am Orificium ext. urethrae; drittens: den Schüttelfrost, der bei forcierter Unterdrückung des Harndrangs entsteht. Alle drei Erscheinungen, die keine üblen Folgen hinterlassen.

Z. schildert dann einen Fall von angeborenem Spasmus in der Urethra, ähnlich dem Vaginismus, der durch jeden Fremdkörper, sei es ein Tropfen Harn oder Sperma von hinten, sei es durch das Eindringen einer Bougie oder Flüssigkeit von vorn, ausgelöst wurde. Dadurch entstand eine Dysurie, die nur durch den starken Druck der Blase überwunden wurde. Hieraus erklärt sich auch das Ausbleiben des Samen-

ergusses und durch die Stauungen des Samens der dumpfe Druck in der Regio hypogastrica. Heilung des Zustandes durch langsame Dehnung der Urethra und Blase und Einlauf von Borsäure. *Putzler-Danzig.*

Diagnose und Behandlung der chronischen Urethritiden, von Gustave Luys-Paris. (*Presse méd.* 1903. Nr. 32.) Kein diagnostisches Vorgehen vermag über den Zustand einer erkrankten Urethra auch nur entfernt so gute Aufschlüsse zu geben als die Urethroskopie. Mittels derselben erkennt man nicht nur Polypen, Wucherungen und Papillome, sondern auch weite Strikturen, Veränderungen der Littréschen Drüsen und der Morgagnischen Lakunen. Therapeutisch hilft gegen Katarrhe, die auf Entzündungen oder Infiltrationen im Bereich der kleinen Urethraldrüsen beruhen, nur Zerstörung mittels feinster galvanokaustischer Nadeln. *Hopf-Dresden.*

Über nichtblennorrhoische metastasierende Urethritis, von Fritz Porges-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 53.) Es gibt nichtblennorrhoische Urethritiden, die hervorgerufen werden können durch medikamentöse Irritation oder durch Invasion von Mikroorganismen (mit Ausschluß des Gonococcus) durch den coitus oder durch unreine Instrumente. Speziell hat Bockhart Fälle von Urethritiden beschrieben, welche durch einen sehr kleinen, Gram-beständigen Diplococcus verursacht wurden. Der hier mitgeteilte Fall betrifft einen 25jährigen Mediziner, welcher wegen hochgradiger Phimose, die man für angeboren hielt, operiert wurde. Es stellte sich jedoch nach dem ersten Operationsschnitt heraus, daß diese eine artifizielle war, hervorgerufen durch die s. Zt. ausgeführte rituelle Circumcision. Bei dieser hatte der „Operateur" mit dem Präputium auch die Glans abgetragen, und diese „radikale" Operation hatte zur Folge, daß die jetzt gesetzte Wunde nicht heilen wollte, da die zur Deckung des Defekts erforderliche Haut nicht vorhanden war. Es wurde daher die Urethra herauspräpariert und mit der äußeren Haut vernäht, worauf die Heilung erfolgte. Da hierbei viel katheterisiert werden mußte, so stellten sich allmählich katarrhalische Erscheinungen der Urethra ein, die nach einer später vorgenommenen Untersuchung Gram-beständige Diplokokken zur Ursache hatten. Im weiteren Verlaufe traten heftige Cystitis und Epididymitis hinzu, letztere führte zur Abszedierung. Im entleerten Eiter fanden sich jene genannten Diplokokken. Verdacht auf Tuberkulose wurde durch das Tierexperiment nicht bestätigt. Die ebenfalls abszedierte Prostata brach spontan ins Rectum durch. Nach mehreren Wochen zeigten die im Harn enthaltenen Fäden Reinkulturen jener Kokken. Nach einem Jahre trat im Anschluß an ein leichtes Trauma an der Innenseite der rechten Tibia eine umschriebene schmerzhafte Schwellung auf. Der notwendig gewordene operative Eingriff ergab einen haselnußgroßen zentralen Abszeß der Tibia, dessen grünlich-gelbe schmierige Masse dieselben Diplokokken enthielt wie das katarrhalische Sekret der Urethra und der Eiter des Nebenhoden-Abszesses. Es handelte sich hier offenbar um eine metastatische Erkrankung. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Zwei Fälle von Urethritis membranacea, von V. Klimbeck-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1903. Nr. 49.) K. hatte Gelegenheit, zwei Fälle von Urethritis membranacea zu beobachten bei zwei Blennorrhoikern, von denen der eine eine Ricordsche Lösung, der andere eine konzentrierte Lösung von Kali permangnat. injiziert hatte. Die Heilung erfolgte unter schwachen Injektionen von Zink. sulf. resp. Alaun und Kali permang. *Putzler-Danzig.*

Die Bedeutung des Abschlusses der hinteren Harnröhre gegen die vordere für die Praxis der urethralen Injektionen, von Robert Lucke-Magdeburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 2.) Nach der Ansicht L.s ist der Abschluß zwischen der Pars anterior und der Pars posterior urethrae durchaus kein fester und

sicherer. Wenn nun, wie das heute bei der Behandlung der Blennorrhoe des vorderen Harnröhrenabschnittes allgemein üblich ist, Flüssigkeit unter ziemlich hohem Druck und bei festem Abschluſs der Harnröhrenmündung eingespritzt wird, in der Absicht, den vorderen Harnröhrenteil vollständig zu füllen, die Schleimhautfalten auszugleichen und die Flüssigkeit mit der ganzen Schleimhaut in Berührung zu bringen, so dringt namentlich bei längerem Zurückhalten des Medikaments in der Urethra sehr häufig Flüssigkeit in den hinteren Harnröhrenabschnitt ein; daher kommen bei dieser Art der Injektionsbehandlung vielmehr blennorrhoische Infektionen der Pars posterior vor als früher, da die alten Spritzen mit dünnen, spitzigen Ansätzen in Gebrauch waren. Denn bei Verwendung solcher Spritzen ist es nicht, wie bei den Spritzen mit konischen Ansätzen, möglich, die Harnröhrenmündung während der Injektion absolut fest zu verschlieſsen, es läuft vielmehr immer Flüssigkeit ab und es kommt nie zu einer wirklichen Vollfüllung des vorderen Harnröhrenabschnittes. Bedient man sich dieser Art der Injektionen, dann geht nach den Erfahrungen L.s die Zahl der Infektionen der Pars posterior um mindestens ein Drittel zurück, gleichviel welches Mittel eingespritzt wird. *Göts-München.*

Über die Krümmung der Pars fixa urethrae, von Fr. Merkel-Göttingen. (*Anat. Anz.* Bd. 23. Nr. 10—13.) Die Teile der Pars fixa der Harnröhre sind von schwankender Länge. Sie kann von ihrem wirklichen festen Punkte in dem membranösen Anteil aus ihre Biegung perinealwärts wie beckenwärts ändern. Der nach dem Damm zugewendete Teil der Pars fixa urethrae wird von den Bändern des Gliedes verändert, auch kann man ihn manuell beeinflussen. Der dem Becken zugewendete Teil befindet sich bei gleicher Füllung von Mastdarm und Blase in einer mittleren Position, wird bei leerer Blase und vollem Rectum länger und beschreibt, weil nach vorn gedrängt, einen steileren Bogen. Das Gegenteil tritt bei leerem Mastdarm und gefüllter Harnblase ein. Die Mittelstellung entspricht einem Kreisbogen mit einem Radius von 25 mm. *Hopf-Dresden.*

Beweglichmachung der beiden Harnröhrenenden zum Zwecke der Behebung eines Substanzverlustes dieses Ganges, von Savariaud-Paris. (*Presse méd.* 1903. Nr. 14.) Die von Beck und Hacker zuerst empfohlene Methode der Trennung der Harnröhre vom Schwellkörper und ihrer Dehnung hat der Verfasser in mehreren Fällen modifiziert erfolgreich angewendet. Es handelte sich um Substanzverluste der Urethra nach traumatischer Zerreiſsung des Perineums und um starke Strikturen, die Strecken der Harnröhre ausschalteten. *Hopf-Dresden.*

Beitrag zur Behandlung der Harnröhrenruptur, von Sorrentino. (*Rif. med.* 1903. Nr. 41.) Der Verfasser läſst den günstigen Erfolg einer chirurgischen Behandlung der rupturierten Harnröhre von folgenden Bedingungen abhängen: strengste Antisepsis des Operationsfeldes und der Instrumente; sofortiger Eingriff nach dem Trauma; Aufsuchen der beiden rupturierten Harnröhrenenden und Auffrischen der Ränder, wenn der Riſs ein unregelmäſsiger; Vernähen der Urethra mit Catgut, wobei darauf zu achten, daſs die Schleimhaut nicht mit in die Naht einbegriffen werde; Perinealnaht ebenfalls mit Catgut; Hautnaht mit Seide; die Operationswunde soll nicht vollständig verschlossen, sondern in derselben eine kleine Spalte freigelassen werden zur Aufnahme eines Streifchens Gaze zur Ermöglichung des Abflusses von Blut und Exsudat während der ersten 48 Stunden; Einführen eines elastischen Dauerkatheters, der 8—10 Tage an Ort und Stelle verbleibt oder höchstens einmal gewechselt werden soll. *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von Ruptur der Urethra perinealis, von A. Calzolari. (*Rif. med.* 1903. Nr. 47.) In Fällen von vollständiger Ruptur der Urethra mit Substanzverlust empfiehlt Verfasser, den traumatischen Herd zu öffnen, während einigen

wenigen Tagen eine Dauersonde einzuführen und die Harnröhre häufig zu sondieren. Allfällige Nähte und plastische Eingriffe reserviert er für die Fälle, wo sich nachträglich schwere Strikturen einstellen sollten. *C. Müller-Genf.*

Harnsteine, durch Fremdkörper veranlafst, von De Franchis. (*Il Morgagn.* 1903. Nr. 11.) Ein 63 Jahre alter Mann war wegen Harnretention (Prostatahypertrophie) katheterisiert worden, wobei das Instrument abbrach und ein 5 cm langes Stück in der Harnröhre zurückblieb; nachdem dasselbe in die Blase zurückgedrängt worden war, blieb der Patient längere Zeit ohne Beschwerden, bis sich nach einigen Monaten Erscheinungen von Cystitis einstellten, die immer ausgesprochener wurden, bis schliefslich das Vorhandensein von Blasensteinen erkannt wurde. Bei der Operation wurden zwei bezw. 8 und 15 g schwere Phosphatsteine extrahiert. Verfasser betont, dafs zur Bildung von Blasensteinen das Eindringen von Fremdkörpern in die Blase nicht genügt; Hauptbedingung ist das Eintreten einer Infektion der Blasenschleimhaut durch Eindringen von Keimen, seien nun dieselben der Mikrococcus ureae oder die Torula von Tieghem oder sonstwelche Parasiten. *C. Müller-Genf.*

Die traumatischen Strikturen der Urethra, von Guyon. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 1.) Klinischer Vortrag, der Neues nicht enthält. *Götz-München.*

Angeborene Verengerung der Harnröhre beim Manne, von P. Bazy. (*Presse méd.* 1903. Nr. 19.) Neben den auf Traumen und anderen pathologischen Momenten basierten Verengerungen der Harnröhre gibt es auch angeborene. Dieselben befinden sich in der Regio bulbi und werden durch Brücken und Falten gebildet. Sie stellen ein Überbleibsel der Membrana uro-genitalis dar. Verfasser berichtet über sechs solcher Fälle. *Hopf-Dresden.*

Dauernde Erfolge bei Behandlung von Harnröhrenverengerungen, von E. Desnos. (*Presse méd.* 1903. Nr. 46.) Die Behandlung der Strikturen zerfällt in zwei Perioden. Die erste, initiale, sorgt für die Passage des Urins. Die zweite hat die Aufgabe, die Wege desselben wieder auf normale Formen und Ausdehnungen zu bringen. Für erstere kommen allmähliche oder forcierte Erweiterung, Urethrotomien und Elektrolyse in Betracht, alle mit zum Teil gutem Erfolg. In welcher Weise aber vermögen diese Eingriffe den für die zweite Periode aufgestellten Anforderungen gerecht zu werden? Am besten wird das Kaliber der Harnröhre durch die Resektion eines Teiles, soweit er strikturiert ist, aufrecht erhalten. Ferner kommt in Frage die interne Urethrotomie. Die Resultate der gewaltsamen Dehnungen sind ganz verschiedene. Gegen die einfachen, nicht indurierten Verengerungen gibt auch die progressive Dehnung recht gute Resultate. Die Newmannsche Elektrolyse liefert dauernde Erfolg, nur nimmt diese Behandlung relativ lange Zeit in Anspruch. Die lineare Elektrolyse schafft infolge der Bildung narbiger Läsionen in der Harnröhrenwand ungünstige Aussichten für die Zukunft. Die zweite Periode der Behandlung bedingt vor allem Beseitigung jeder Spur von Urethritis; dies hängt wiederum von der weiteren Kalibervermehrung des Kanals ab. Letztere erreicht man entweder durch Dilatationen auf hohe Grade oder durch die langsame Elektrolyse nach Newmann. Letztere besteht in der Einführung einer Metallolive in die Urethra bis direkt vor die Striktur. Die Olive ist etwas gröfser als der Durchmesser der Verengerung. Durch letztere selbst wird eine dünne Metallsonde geführt, die, soweit sie in der Striktur verläuft, isoliert ist. Nun läfst man schwache Ströme kurze Zeit passieren und diese erweitern die Verengerung so, dafs die Olive bald passieren kann. In etwa 20 Fällen hat der Verfasser beide Methoden kombiniert angewendet und zwar erfolgreich. *Hopf-Dresden.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Sachverzeichnis.

Abscefs, latero-pharyngealer (Ricard) 277.
Abscesse und Bubonen, Salpeterlösung gegen (Porosz) 92.
Abschuppung nach Copaiva (McWalter) 298.
Abstinenz, sexuelle (Erb) 21.
Acanthosis nigricans (Hess) 99.
Acidum nitricum, Behandlung des Trippers mit (Porosz) 485.
Acne (Török und Schein) 93.
— als Berufskrankheit (Westphal) 575.
— hypertrophica (Dubreuilh) 147.
— necrotica (See und Druelle) 278.
— rosacea spuria (Audry) 277.
— urticata (Baum) 135.
Addisonscher Krankheit (Afzelius) 182.
— — Adrenalin bei (Raven) 616.
— — Pigmentation (Raven) 616; (Harbinson) 622.
Adenoepitheliom 335.
Adenom 335.
Adenoma sebaceum 191.
— — circumscriptum 335.
— — (Buschke) 230; (Dohi) 348.
Affen und Ulcus molle (Tomasczewski) 91.
Affensyphilis (Pospelow) 388; (Lassar) 390.
Agurin (Mosauer) 107.
Aktinomykosis (Wallhauser) 341; (Dor) 574; (Sicard) 576; (Dreyfus) 575.
— oder Syphilis (Borzecki) 545.
Akrodermatitis atrophicans (Wechselmann) 331.
— chronica atrophicans (Moberg) 17; (Afzelius) 180.
Albuminurie beim Erysipel (Pollatschek) 163.
— nach Copaiva (McWalter) 298.
Albumoseseife (Delbanco) 539.
Albumosurie, experimentelle (Halpern) 162.
— Bence Jonessche (Boston) 162.
Aleppobeule (Wright) 286.
Alkaptonurin (Osler) 617.
Alopecia areata, Ätiologie (Whitfield) 620.
— — (Ono) 345.
— — Behandlung (Dunzelt) 412.
— — Impfversuche (Jacquet) 620.
— atrophierende (Klingmüller) 103.
— und Zahnbehandlung (Trémolières) 103.
— und Hautkrankheiten (Buschke) 103.
Alopecies pelliculaires (Sabouraud) 461.
Alumen ustum bei Wunden (Porosz) 141.
Ammoniurie bei Neurasthenie (Freudenberg) 167.
Angiokeratom, die tuberkulöse Natur (Pautrier) 499.
Angioma cavernosum (Szendrö) 99.
Angiome, multiple (Post) 146.
Anthrarobin 264.
Anthrasol (Moberg) 184.
Antipyrinexanthem (Löwy) 194; (Möller) 333.
Antistreptokokkensera (Sommerfeld) 258.
Anurie (Apolant) 162.
Aphthen bei Kindern nach Milchgenufs (Brush) 570.
Aplasia pilorum moniliformis (Arndt) 331.
Argyrosis (Silex) 134.
Arteriosklerose und Lues (Köhler) 52.
Arthralgie 525.
Arthritis cricoarytaenoida rheumatica et blennorrhoica (Baumgarten) 208.
Atrophia cutis idiopathica (Metscherski) 389.
— — senilis (Borzecki) 546.
Atrophie der Haut (Gross) 402.
— der Zungenwurzel, glatte (Lesser) 521; (Heller) 547.
Atrophodermia erythematosa maculosa (Wechselmann) 392.
Asphyxie (Jahn) 290.

Augenblennorrhoe und Albargin (Welander) 139.
— (Apetz) 171.
Ausschlag, bullöser (Ransome) 86.
— fingierter (Gottheil) 238.
— nach Impfen (Pierce) 38.

Bacillenbefunde bei Syphilis (Waelsch) 195.
Bacillus capsulatus (Lanzi) 243.
Bäckerakne (Galewsky) 94.
Bakteriologie in der praktischen Medizin (Kretz) 289.
— und Dermatologie (Joseph) 556.
Bakteriurie (Ferranini) 163.
Balneotherapie und Syphilis (Marschalkó) 527.
Barlowsche Krankheit (Stoss) 293.
Basedowsche Krankheit, Sklerodermie bei (Krieger) 621.
Beingeschwüre (Langstroth) 101.
Béniquescher Spülkatheter (De Sard) 563.
Berufsgeheimnis (Hoerning) 118.
— und venerische Krankheiten (Butte) 504.
Berufspflicht und Syphilis (Dubois-Havenith) 516.
Bewegungsstörungen (Hochsinger) 287.
Bläschenausschlag (Reid) 86.
Blase, Funktion (Hirt) 112.
— Epispadie und Ectrophie der (Eleicegui) 632.
— Fremdkörper (Berliner) 11; (Roberts) 116.
— Leiomyome der (Cassanello) 28.
— Ölretention in der (Merk) 118.
— Solitärgeschwür in der (Marcus) 115.
Blasenerkrankungen (Greene und Brooks) 112.
Blaseninhalt, Rückströmen (Marcus) 115.
Blasenspiegeln, Phantom (Solger) 501.
Blasenstörungen (Friedmann) 113.
Blasentuberkulose (Bandler) 115; (Stoeckel) 445; (Halle und Motz) 395. 560.
Blastomycetische Dermatitis (Gilchrist) 454.
Blastomycosis der Haut (Dyer) 186; (Buschke) 336; (Evans) 575; (Otis und Evans) 576.
Blattern s. Variola.
Blennorrhoe des Mannes (Guiard) 32; (Schlasberg) 169; (Zabludowskaja-Mett) 171; (Gardner) 171; (Raday) 211; (McKane) 460; (Scholtz) 507.
— chronische, und Gonokokkennachweis (Meyer) 169.
— Dermatitis pyaemica bei (Heller) 15.
— Embolie bei (Heller) 15.
— medizinisch-sozial (Mibelli) 168.
Blennorrhoe, klinische, ohne Gonokokken (Benedict) 170.
— des paraurethralen Ganges (Bäumer) 15.
— profunda (Whitehead) 557.
— der Prostituierten (Baermann) 144. 234.
— Störungen des Nervensystems bei (Sanz) 209.
— und Ehe (Kornfeld) 403.
— der Kinder (Bloom) 170.
— des Weibes (Kevin) 209.
— Diagnose in der Gynäkologie (Flesch) 554.
— des Uterus (Orlow) 172.
— im Wochenbett (Lehmann) 501.
— Rheolkugeln bei (Scholem) 212.
— Verhütung (Porosz) 453.
— Behandlung 185; (MacMunn) 210; (Ravasini) 456; (Rubin) 556.
— — mit Acidum nitricum und Cruris (Porosz) 485.
— Gonorol gegen (d'Amato) 242.
— Ichthargan bei (Kinoshita) 348.
— und Spülsonden (Strauss) 142.
Blennorrhoische Allgemeininfektion (v. Hofmann) 169.
— Arthritis, Knochenveränderungen bei (Kienbroeck) 208.
— — (Baumgarten) 203.
— Augenentzündung (Apetz) 171.
— Corneageschwüre (Goldzieher) 172.
— Endocarditis (Silvestrini) 207; (Heller) 15; (Habheyger) 173.
— Infiltrate (Kaufmann) 233.
— Iritis (Malherbe) 148.
— Muskelerkrankung (Samberger) 209.
— Orchiepididymitis 518.
— Panaritium (Meyer) 15.
— Phlebitis (Heller) 136.
— Urethritiden bei Knaben (Zabludowskaja-Mett) 171.
— Vulvovaginitis (Hirschl) 171.
Blepharitis ciliaris (Terson) 85.
Blutkörperchen, weifse, bei Haut- und anderen Erkrankungen (Reckzeh) 246.
Blutreinkulturen bei Typhus und Scharlach (Hektoen) 300.
Bordelle in staatlicher Regie (Clausmann) 452.
Botryomykom (Bose und Abadie) 575.
Bottinische Operation (Young) 158.
Bougies, Gleitmittel (Strauss) 501.
Brenner, galvanokaustische (Müllern-Aspergen) 184.
Broqs dermatologische Klassifizierung (Leredde) 564.
Bromexantheme (Moriyasu) 345.
Bronzediabetes (Parker) 100.
Bubo bei Entzündung der Bartolinischen Drüse (Donati) 244.
Bubonen der Frühlues (Marcuse) 52.
— Salpeterlösung bei (Porosz) 92.

Carcinom in Australien (Adams) 608.
— Pathogenese (Morris) 609.
— im Tierreich (Bashford und Murray) 609.
— physikalische Therapie (Rivière) 610.
— spezifische Behandlung (Adams) 608.
— X-Strahlen (Tuffier) 610.
Casein-Albumoseseife (Delbanco) 539.
Chloral-Camphor-Salbenmull, Verbrennung durch (Hodara) 275).
Chloroform bei Lymphbereitung (Green) 42.
Chylangiektasie (Bornemann) 496.
Chylurie (Feuerstein und Panek) 164.
Circumcision bei Phimose (Miller) 557.
Coitus, Miktion beim (Porosz) 21.
Coma bei Masern (Pitt) 302.
Copaiva, Wirkungen (McWalter) 298.
Corium und Epidermiszellen (Merk) 361.
Corneageschwüre, blennorrhoische (Goldzieher) 172.
Cowperitis suppurativa (Reiss) 545.
Crurin (Porosz) 485.
Cyanose mit Polycythämie (Osler) 291.
Cylindrurie beim Erysipel (Pollatschek) 163.
Cystinurie (Wasserthal) 163.
Cystitis, Prophylaxe (Baisch) 117.
Cystom am Labium minus, papilläres (Macgregor) 168.
Cystoskopie (Imbert) 107.
— aseptische (Casper) 629.
Cystoryctes vaccinae (Foà) 42.

Dariersche Tuberkuliden (Mayer) 330.
Dermatitis blastomycetische (Gilchrist) 454.
— herpetiformis (Duhring) (Möller) 180. 182.
— — der polymorpha dolorosa (Meinet und Péhn) 276.
— nodularis psoriasiformis (Möller und Afzelius) 16.
— pyaemica bei Blennorrhoe (Heller) 15.
— repens (Lee) (Stelwagon) 147.
— symptomatische, nach syphilitischer Poliomyelitis (Saraceni) 457.
Dermatologenkongreſs, internationaler 213.
Dermatologie und die praktischen Ärzte (Klotz) 528.
Dermatologische Kliniken (Ravitch) 360.
Dermatologischer Unterricht (Leredde) 397.
Dermatologique exotique (Jeanselme) 35.
Dermatomucomyositis (Romme) 574.
Dermatomykosenerreger (Plaut) 175.
Dermatosen, bullöse (Leredde) 149.
— bei Irren (Winfield) 189.
— Elektrotherapie bei (Donat) 565.
Dermitis pseudo-erysipelatosa nach Arnikatinktur (Crésantignes) 505.
Dermoidcysten (Wechselmann) 192.
Diatomea (Becker) 359.
Diphtherieinfektionen, subepidermische (Hau und Revol) 89.
Diuretin (Mosauer) 107.
Dracunculus, Lebensdauer (Powell) 624.
Ductus deferens, Unterbindung (Spangaro) 155.

Eccema (Townsend) 460; (Rothschild) 557; (Lassar) 571.
— Vergänglichkeit des Wortes (Hyde) 239.
— bei Kindern (Guida) 85.
— Lokalisationen (Gaucher) 573.
— regionäres (Gaucher) 571.
— vesikulöses (Lyle) 571.
— Therapie (Lassar) 447.
— und Ekzemmetastasen (d'Amato) 242.
Ekzematisation der unbedeckten Hautpartien (Leredde) 398.
Ehe und Gonorrhoe (Kornfeld) 403.
Ehescheidung und Syphilis (Morrow) 516.
Eiter, Härtungs- und Färbungsmethoden (Posner) 14.
Ekthyma der Lippen (Gaucher) 400.
— terebrans (Mayer) 546.
Elastinfärbung (Pappenheim) 305. 371. 431.
Elastisches Gewebe, Degeneration (Jones) 246.
Elektrodiagnostik und Elektrotherapie (Mann) 282.
Elektrolyse, lineäre bei Harnröhrenstrikturen (Rafin) 111.
Elektrotherapie bei Dermatosen (Donat) 565.
Element, elektrisches (Imbert) 233.
Elephantiasis Arabum (Bretschow) 137; (Calderone) 241; (Roberts) 579.
— scroti et penis (Stonen) 93; (Metscherski) 389; (Marques) 580.
— vulvae und Tuberkulose (Jesionek) 409.
Embolie bei Blennorrhoe (Heller) 15.
Emphysem, totales subkutanes (Tozzi) 625.
Endokarditis bei Blennorrhoe (Heller) 15.
Enuresis nocturna (Oreline) 114; (Ries) 402.
— epidurale Injektionen bei (Kapsammer) 114.
Eosinophilie bei Bilharzia und Dracontiasis (Balfour) 256.
— bei bullösen Dermatosen (Leredde) 149.
Epidermiszellen und Corium (Merk) 361

Epidermolysis bullosa hereditaria (Bettmann) 142; (Lilienthal) 231; (Wende) 185. 237.
Epididymektomie wegen Tuberkulose (Hütl) 153.
Epididymitis, blennorrhoische (Baermann) 173.
— tuberkulöse (Santi) 157.
— Sterilität durch Obstruktion an der (Martin) 152.
Epidurale Injektionen (Strauss) 64.
Epikarin bei Tinea tonsurans (van Harlingen und Dillard) 83.
Epilepsie und Syphilis (Allen) 520.
Epiphysitis, syphilitische (Johnson) 56.
Epispadie mit Exstrophie der Blase (Eleicegui) 632.
Epithelfasern, Darstellung (Unna) 1.
Epithelioma 335.
— benignum (Reiss) 545.
— sebaceum disseminatum 335.
— in der Tränendrüsengegend (Magni) 97.
— uteri (Thibierge) 396.
Epitheliome, parasitäre (Bose) 610.
— der Nase (Hall-Edwards) 611.
— Veränderungen nach Röntgenbestrahlungen (Steward) 611.
Ernährungstherapie und Diätetik, Handbuch (v. Leyden) 288.
— bei Hautkrankheiten (Lassar) 449.
Erysipel (Blake) 579; (Pollatschek) 579.
— Albuminurie bei (Pollatschek) 163.
— des Gesichts (Sarcinelli) 93.
— rezidivierendes (Variot) 92.
Erythema exsudativum multiforme (Crawford) 298.
— induratum Bazin (Wechselmann) 332.
— multiforme (Möller) 183.
— nodosum (Syers) 577.
— pustulatum grave (Merk und Rusch) 498.
Erythemato-Sklerosen (Audry) 343.
Erytheme und Sklerodermie, autotoxische (Ehrmann) 104.
Erythrocyten bei Syphilis (Jakuschewitsch) 205.
Erythrodermie mycosique (Blaschko) 330.
Erythrodermisches Stadium der Mykosis fungoides (Jamieson und Huie) 557.
Erythromelalgie (Vilches) 298; (Weber) 339.
Erythromelie (Klotz) 559.
Exanthematische Dermatosen (Reid) 245.
Exantheme, Prophylaxe (Elgart) 300.
— toxische scarlatiniforme (Zangeer) 294.
Facialisparese (Fraser) 299.
Färbemethoden (Pelagatti) 532.
Favus bei Menschen und Tieren (Wandel) 87.
Fibroma molluscum (Sederholm) 182; (Anthony) 615.
— nervosum (Rubesch) 99.
Filiaris (Primrose) 256.
— perstans (Low) 359.
— — Infektion (Bastian) 624.
Fingers Ambulatorium (Pezzoli und Porges) 285.
Finsenbehandlung (Martin) 460.
Finseninstitut (Bellini) 174. 241.
Finsen-Reynsche Lampen (Werther) 411; (Speranski) 444.
Fixierungsflüssigkeit, Zenkersche (Pelagatti) 532.
Flecke, atrophische (Afzelius) 16.
Fluktuierende Geschwülste (Reiss) 545.
Fluoreszierende Stoffe, therapeutische Versuche (Tappeiner und Jesionek) 251.
Formalin bei Krebs (Powell) 96.
Fracastors Gedicht von der Syphilis (Oppenheimer) 289.
Freyersche Operation (Loumeau) 395.
Furunkel 511.
Furunkulose 90.
Gallacetophenon 266.
Gangraena cachecticum 546.
Gangrän Raynauds (Jahn) 290.
Gasgangrän (Dansauer) 87.
Gastrophilus epilepsalis Washburn) 625.
Geburtsstörung nach Syphilis (Woyer) 514.
Gefäßtumoren, Behandlung (Wyeth) 615.
Gelenkaffektionen und Psoriasis (Lipman-Wulf) 142.
Gelenkerkrankungen, tertiäre (Fournier) 203.
— bei Hereditärsyphilitischen (Hippem) 60.
Genitalgeschwüre bei Frauen (Welander) 336.
Geroderma genito-atrophicum (Bueri) 102.
Geschlechtliche Aufklärung der Jugend (Schlesinger) 22.
Geschlechtliches in der Jugenderziehung (Kopp) 452.
Geschlechtsempfindung des Weibes (Adler) 35.
Geschlechtskranke, Isolierung in Krankenhäusern (Bälz) 452.
— Heirat (Neisser) 453.
Geschlechtskrankheiten, Lehrbuch (Lang) 464.
— des Mannes (Hastreiter) 508.

Geschlechtskrankheiten und Krankenkassen (Neisser) 235. 393. 502.
— Alkohol und Nervensystem (Hitzel) 452.
— Prophylaxe (Blokusewski) 20; (Richter) 196. 337; (Weiss) 244; (Ashihara) 347.
— und Kurpfuscherei (Alexander) 23; (Kade) 235.
— und Rechtsordnung (Kohler) 22.
— in Mannheim (Loeb) 143.
Geschwülste, bösartige (Alessandri) 95.
— der Sklera (Lotin) 525.
Gesichtsangiome (Weischer) 99.
Gesichtserysipel (Sarcinelli) 93.
Glatze, Entstehung (Schein) 102.
Glykogendegeneration (Winogradow) 205.
Gonokokkennachweis bei Blennorrhoe (Meyer) 169.
Gonokokkenperitonitis kleiner Mädchen (Galvagno) 173.
Gonorol bei blennorrhoischer Urethritis (d'Amato) 242.
Gonorrhoe s. Blennorrhoe.
Gonosan (Lohnstein) 211; (Benninghoven) 211; (Küsel) 253.
Granulome, infektiöse (Secchi) 95.
Granulosis rubra nasi (Audry) 277.
Guajakol bei Pocken (Ridge) 38.
Guinea worm (Powell) 624.
Gumma, Infektiosität (Delbanco) 586.
— palati ulcerosum 515.
Gummibildung in der Leber (Ostheimer) 524.
Gummöse Erkrankung der weiblichen Urethra (Loewenbach) 286.

Haare, Brüchigkeit (Bond) 619.
— Wachstum in der Achselhöhe (Schein) 334.
Haarfärbung (Blaschko) 330.
Haarschwund (Jessner) 506.
Hämatemese (Borland) 84.
Hämatodermatitiden, bullöse (Leredde) 149.
Hämatologische Untersuchungen bei Dermatosen (Daccó) 241. 458.
Hämatoporphyrinurie, paroxysmale (Pal) 166.
Hämaturie (Eshner) 164; (Talma) 164; (Thompson) 165; (Albarran) 338.
Hämoglobinprobe, Justussche (Feuerstein) 139.
Hämoglobinurie a frigore (Thompson) 185.
Hämorrhoiden, Operationsmethode (Landström) 619.
Harn, Fruchtzucker und Traubenzucker im (Lion) 167.
— Gefrierpunkt (Weil) 501.
Harn, Trennung (Nicolich) 395.
— Untersuchung der Quecksilberausscheidung (Carle und Boulud) 395.
Harnapparat und Chloroform (Guyon) 79.
— Tuberkulose (Hallé und Motz) 395. 560; (Götzl) 628.
Harnblase s. Blase.
Harn-Genitalapparat, Chirurgie (Pedersen) 628.
Harninfektion, Verhütung (Goldberg) 206.
Harnkrankheiten, Therapie (Posner) 82.
Harn- und Sekretpräparate (Posner) 136.
Harnretention (Kerner) 114; (Pages) 160.
— bei Tabes dorsalis (Bierhoff) 449.
Harnröhre s. Urethra.
Harnröhrenerkrankung, mechanische Behandlung (Remete) 109.
Harnröhrenverengerung s. Striktur.
Harnsedimente, Härtungs- und Färbungsmethoden (Posner) 14.
Harnsteine (De Franck) 636.
— eingesackte (Englisch) 234.
Harnwege, Rupturen (Johannsen) 106.
Haut, Pathologie und Physiologie (v. Waldheim) 350.
— Léprôse, Histologie (Sakurane) 347.
— Sarkoide Bildungen der (Pawloff) 469.
— Sensibilitätsstörungen bei Lungenerkrankungen (Goldmann) 447.
Hautaffektion (Sederholm) 16.
— am Handrücken, maligne (Moberg) 182.
Hautatrophie (Grofs) 402.
— idiopathische (Palm) 14.
— bei Lepra (Oppenheim) 191.
— bei syphilitischen Erscheinungen (Fordyce) 559.
Hautblastomykose (Dyer) 186; (Löwenbach und Oppenheim) 499.
Hautcarcinom nach einem Trauma (Buschke) 230.
Hauteruptionen (Brocq) 569.
— postvaccinale (Courtellemont) 357.
— reflektorische (Ravogli) 633.
— strichförmige (Pinkus) 391.
Hautentzündungen durch Primula sinensis (Retzdorff) 393.
— pyämische (Lebet) 276.
Hautgangrän, artefiziell (Strafsmann) 13.
— multiple, neurotische (Rosenthal) 546.
Hautinfektion, unbestimmte (Fordyce und Mewborn) 198.
Hautjucken (Saalfeld) 105.
Hautkeloide (Reiss) 545.
Hautkrankheit der Ratten durch säurefeste Bakterien künstlich hervorgerufen (Rabinowitsch) 45.
Hautkrankheiten, Atlas (Jacobi) 82.
— Handbuch der (Mraček) 402.

Hautkrankheiten, weifse Blutkörperchen bei (Reckzeh) 246.
— Therapie (Leredde) 517.
— Ernährungstherapie bei (Lassar) 449.
— innere Behandlung (Leredde) 82. 149. 240.
— Lichtbehandlung (Scholtz) 248.
— Röntgenbehandlung (Schmidt) 391.
Hautpilze, pathogene (Plant) 175.
Hautreaktionen (Leredde) 564.
— nach Kaffeegenufs (Mantoux) 174.
Hautsarkom (Ledermann) 231.
— idiopathisches multiples (Krzysztalowicz) 612.
Hautsarkomatose (Krzysztalowicz) 215.
Hauttumoren, epitheloide (Möller) 333.
Hauttuberkulose (Sokolow) 78; (Klingmüller) 500.
— atypische (Pautrier) 243.
— papulöse, nach Masern (Gaucher und Druelle) 504.
Hautveränderung, angeborene (Müller) 106.
Hautveränderungen, hyper- und parakeratotische (Sederholm) 333.
— und Knochenwachstum (Northrup) 246.
Hautverbrennungen (Scagliosi) 296.
Hautverfärbung nach Injektion von Nebennierenextrakt (Schücking) 616.
Hautwunden, granulierende (Wagner) 296.
Heberdensche Knötchen der Finger (Rosenbach) 298.
Heifsluftbehandlung (Bering) 252.
Hermophenylinjektionen bei Syphilis (Tschlenow) 63.
Herpes gestationis (Calloncon) 299.
— maculosus squamosus (Meifsner) 83.
— progenitalis 633.
— — (Kopytowski) 191. 335.
— bei Kindern nach Milchgenufs (Brush) 570.
Herzsyphilis (Woltke) 53.
Hetralin (Ledermann) 20.
Hexamethylentetramin (Köhler) 426.
Hidrocystoma nasi (Pinkus) 546.
Hoden, Synorchidie bei (Pascale) 152.
Hodenerhaltung bei Nebenhodentuberkulose (Fuller) 458.
Hodengeschwülste, maligne (Coley) 151.
Hodentuberkulose (Jordan) 446.
Homosexualität (Hirschfeld) 37; (Merzbach) 501.
Hühneraugen 615.
Hydrargyrum aceticum, Injektionen (Barthélemy) 200.
— bijodatum (Barthélemy, Lafay und Lévy-Bing) 399; (Breton) 558.
— colloidale (Barthélemy, Lafay und Lévy-Bing) 401.
Hydrarthosis 525.
Hydrocele, akute (Maillèfert) 150.
Hydrocele, Heilung durch Einspritzungen mit Jodin-Karbollösung (Luke) 34.
Hydrocelen (Barjon und Cade) 154.
Hydrodilatator (Bakaleinik) 110.
Hyperämie der Extremitäten (Klotz) 559.
Hyperhydrosis universalis (Müller) 623.
— bei Paralyse (De Montyel) 624.
Hyperkeratosis palmarum (Margain) 504.
Hyperkeratotische Exantheme (Baermann) 552.
Hyperpyrexie bei Morbillen (Barnes) 302.
Hypertrophie des l. Beines und der l. Skrotalhälfte (Mouchet) 614.
Hyponomoderma (Kaposi) (Stelwagon) 147.
Hypospadieoperation Bardenheuers (Hopman) 108.

Janets Spülmethode 185.
— (Guiard) 32.
Japanische dermatol. Gesellschaft 348.
Ichthargan bei Blennorrhoe (Woyer) 211; (Kinoshita) 348.
Ichthyol 268.
— bei Mykosis fungoides (Hodara) 490.
Ichthyol- und Jodvasogen (Frieser) 256.
Ichthyosis (Moset) 340; (Richter) 546.
— lokale (Znamenski) 88.
Ichthyosisähnliche Krankheiten (Gassmann) 547.
Impetigo (Darier) 571.
— contagiosa bullosa (Möller) 183.
Impfausschläge (Stelwagon) 41; (Pierce) 38.
Impffrage, zur (Boulengier) 356; (Warlomont und Pechère) 357.
Impfgesetze der Niederlande (Voigt) 355.
Impfschäden (Teich) 41.
Impfschutzverband (Voigt) 41; (Hesse) 359.
Impfstatistik (Sandilands) 40.
Impftuberkulose (Schütz) 48.
— bovine (Lassar) 45.
Impfung s. Vaccination.
— Pyodermatosen nach der (Goldschmidt) 358.
Immunität nach Blattern (Bernstein) 304.
Immunitätslehre u. Vaccination (Pfeiffer) 356.
Impotenz (Müller) 150; (Gordon) 502.
Inzisor, elektro-kaustischer (Young) 158.
Incontinentia urinae (Neudorfer) 109; (Parry) 109; (Homburger) 113; (Jaboulay) 280.
Infiltration, lymphoide (Chirivino) 198.
Injektionen, epidurale, bei Enuresis (Kapsammer) 114.
— von grauem Öl (Bloch) 401.
— urethrale (Engelbreth) 30.
Initialsklerose (Kaku) 526.

Initialsklerose, extragenitale (Witte) 51; (Weber) 57.
— bei Negern (Lofton) 34.
— der Augapfelbindehaut (Gutzeit) 551.
— an Genital und Lippe (Gaucher) 400.
— am Kinn (Jeanselme) 468.
— der Mandel (Bellissen) 468.
— des Penis (Ehrmann) 189.
Jod, legendäre Wirkung (Rosenbach) 531.
Jodferratose (Bardach) 255.
Jodipin bei Syphilis (Duhot) 568.
Jodismus (Lesser) 254.
Jodkalium und Syphilis (Bizard) 203.
Jodkaliumexanthem, tuberöses (Montgomery) 340.
Jodklysmen bei Syphilis (v. Zeissl) 568.
Jododerma tuberosum fungoides (Schütze) 496.
Jodöle (Lafay) 201. 204. 401. 506; (Mastri) 412.
Jodoformdermatitis (Bryan) 298.
Jodthion bei Syphilis (Steiner) 569.
Iritis bei akuter Blennorrhoe (Malherbe) 148.
Jucken, Behandlung (Hartzell) 622.
— s. auch Pruritus.
Justussche Hämoglobinprobe (Feuerstein) 139.

Kalium permanganat bei Lupus (Hall-Edwards) 49.
Kampfersäure und Katheterfieber 630.
Karbunkel (Hardaway) 573.
Kasuistische Mitteilungen (Biedermann) 174.
Katheter, Gleitmittel (Straufs) 501.
- keimfreie Aufbewahrung (Goldberg) 630.
- weiche (Swiatecki) 111.
- Beimpfung und Abimpfung (Goldberg) 111.
Katheterismus, Asepsis (Casper) 629.
- posterior (Glaessner) 629.
- der Ureteren (Margulies) 20.
Keloid (Darier) 98.
Keloide, multiple (Müllern-Aspergen) 382; (Leredde und Pautrier) 565.
Keratoma hereditarium (Möller) 18.
- — palmare et plantare (Schlasberg) 181; (Böhm) 500.
Keratosis circumpilaris (Audry) 529.
- pilaris (Watson) 197.
Kindersterblichkeit und Vaccination (Mackenzie) 357.
Klinik in Toulouse (Florence) 277.
Knochenerkrankungen bei Syphilis hereditaria (Hochsinger) 287.
Knochensyphilis, Röntgenaufnahme (Tichonowitsch) 137.
Knochenveränderungen bei blennorrhoischer Arthritis (Kienbroeck) 208.
Knochenwachstum und Hautveränderungen (Northrup) 246.
Knötchen, Lepra- (Shoemaker) 405.
Kolloide Metalle (Brissonnet) 401.
Kondylom, spitzes (Unna) 1.
Kontrollmädchen, Pariser (Butte) 239.
Kopfausschläge, parasitäre (Gottheil) 34.
Kopfhautkrankheiten (Sabouraud und Noire) 565.
Koplikssche Flecke (Manasse) 302.
Krankheiten und Ehe (Senator und Kaminer) 466.
Krankenkassen und Geschlechtskrankheiten (Neisser) 235.
Krankenpflege (Liebe, Jacobsohn und Meyer) 288. 393. 502.
Kraurosis vulvae und X-Strahlen (Stover) 168.
Krebs, Formalinbehandlung (Powell) 96.
Kurpfuscherei und Geschlechtskrankheiten (Kade) 235.

Lähmung der oberen Extremitäten bei Diphtherie (Squibbs) 295.
Landrysche Krankheit nach Zoster (Triantaphylidès) 299.
Larva migrans (Crocker); (Stelwagon) 147; (Lenglet und Delaunay) 396.
Leiomyome der Blase (Cassanello) 28.
Lepra (Hutchinson) 43.
— Diskussion über 406.
— in Ägypten (Engel) 25.
— auf Britisch-Guyana (Hillis) 451.
— auf den dänischen Antillen (Ehlers) 451.
— in Esthland (Kupfer) 43.
— in Japan, Island, Norwegen (Daland) 406.
— — Japan (Daland) 43.
— — Jerusalem (Jeanselme u. Jakobsohn) 25.
— — Hawaii (Dole) 43.
— — Kamerun (Ziemann) 42.
— auf Neuseeland und Cookinseln (Mason) 451.
— in Österreich (Plumert) 138.
— in Rufsland (Dehio) 26.
— bei den Sudanesen (Tonkin) 44.
— Ätiologie (Turner) 407.
— Verbreitung durch Fische (Ashmead) 557.
— Verbreitungsweise (Glück) 407.
— Kontagiosität (Tschlenow) 44.
— Bakteriologie (Karlinski) 407.
Leprabacillus (Boston) 406.
— Differentialdiagnose (Mc Donald) 407; (Hirschberg) 408.
— klinische Formen (Filaretopulo) 408.
— makulo-anästhetische (Asselbergs) 408.

Leprabacillus, mutilierender (Mantella) 409.
— tuberosa (Shoemaker) 405.
— Entzündung bei (Sugai) 347.
— und Hautatrophie (Oppenheim) 191.
— Veränderungen des Kehlkopfes bei (Tichonowitsch) 78.
Leprabehandlung, Erfahrungen (Brault) 148; (Ohmann-Dumesnil) 405. 409.
Lepraähnliche Erkrankung (Stefansky) 45.
Leprabeime, staatliche (Bracken) 25.
Leprahospital in Bergen (Lie) 27.
Leprakranke, staatliche Kontrolle (Sadikow) 44.
Leprose Haut, Histologie (Sakurane) 347.
Leprösen, Absonderung (Martin) 34.
Leukämie, lymphatische, mit Purpura (Shattuck) 455.
Leukomelalgie (Vilches) 298.
Leukoplakieplaques 518.
Leukoplasie und Syphilis (Montgomery) 52.
Lichen planus (Moberg) 16; (Möller) 18; (Lilienthal) 134; (Pinkus) 135; (Reiss) 193; (Gaucher u. Druelle) 505.
— — u. Histopathologie (Poór) 578.
— — atrophicus (Reiss) 89; (Wechselmann 392.
— — buccalis (Sack) 577.
— — circinatus (Audry und Dalous) 277.
— — der Handteller (Mayer) 331.
— — und Lupus erythematodes (Arndt) 331.
— pemphigoides (Mendes da Costa) 581.
— progenitalis (Broers) 578.
— simplex chronicus (Carle) 298.
— verrucosus (Moberg) 185; (Emery und Umbert) 344.
Lichenoides Exanthem (Pick) 554.
Licht, konzentriertes, bei Hautkrankheiten (Scholtz) 248.
Lichtbehandlung s. auch Phototherapie.
— (Roasis) 33.
— Erfolge (Riede) 247.
— Fortschritte (Strebel) 392.
— nach Sensibilisierung (Dreyer) 148.
— bei Lupus erythematosus (Walker) 104.
Lineae albicantes (Northrup) 246.
Liodermia syphilitica (Borzecki) 545.
Lippenschleimhaut, Affektion (Macleod) 558.
Liquor cerebrospinalis bei Luetischen (Funke) 551.
Lithiasis der Harnblase (Ratin) 116.
Littrésche Drüse (Bruhns) 547.
Lues s. Syphilis.
Luetisch s. Syphilitisch.
Luft, flüssige, bei Gefäfsmälern 455.
Lungensyphilis und Tuberkulose (Berg) 399.
Lupus erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— — Lichtbehandlung (Walker) 104.
— vulgaris (Schiele) 138; (Campbell) 410; (Reiss) 545.
— exulcerans nasi et cruris dextri (Brytschew) 444.
— follicularis (Möller) 16.
— — disseminatus (Bettmann) 445.
— mutilierende Form (Brassat) 410.
— nodularis (Wolters) 497.
— pernio (Moberg) 183.
— der Zunge (Pelagatti) 457.
Lupusbehandlung (Colombo) 411; (Dourtrelepont) 411; (Bowker) 411.
— Exzision (Leaf) 412.
— mit Kaliumpermanganat (Hall-Edwards) 49; (Pearson) 412.
— mit Pyrogallussäure (Wittmaack) 48.
— Phototherapie (Finsen) 47; (Werther) 411; (Kime) 411.
— Radiumbehandlung (Tremolières) 47.
— X-Strahlenbehandlung (Buchanan) 47; (Gamlen) 48.
Lupuscarcinom (Ashihara) 347.
Lupusstellen, eosinbestrichene mit Licht behandelt (Ledermann) 231.
Lymphangiektasien der Wange (Bruhns) 193.
Lymphangioma capillare varicosum Török (Buschke) 331.
— cystisches (Gaudier) 564.
Lymphangitis (Nishimura) 345.
Lymphbehälter (Grimm) 358.
Lymphbereitung, Chloroform bei (Green) 42.
Lymphdrüsen bei Krankheiten mit Hautveränderungen (Montesano) 246.
Lymphdrüsenerkrankung bei Rhinosklerom (Kraus) 334.
Lymphe, Laboratoriumsuntersuchung (Gehrmann) 358.
Lymphektasie mit Chylorrhoe (Bora) 1.
Lymphgefäfse des Hodengebiets (Bruhns) 546.
Lymphodermia perniciosa 330.

Mäler, Entfernung (Jackson) 455.
Malaria und Urticaria (Papakosta) 282.
Malum malannum (Preufs) 573.
Madurafufs (Polverini) 575.
Masern s. Morbilli.
Mastdarm, Funktion (Hirt) 112.
Melanosarkom, alveoläres (Walker) 97.
— des Auges (Lotin) 97.
Merkur s. Quecksilber.
Merkuriolöl (Laborie) 397.
Merkuro-creme (Pezzoli) 255.
Mesotanexanthem (Berliner) 132.

Mesotanexantheme (Sack) 229.
Methylenazur 119.
Methylenazurkarbonat 120.
Methylenblaulösung, polychrome (Unna) 119.
Metrorrhagie syphilitischen Ursprungs (Ozenne) 506.
Mikrosporon furfur (Campana) 248.
Miktion bei Coitus (Porosz) 21.
Milz, Entfernung (Webster) 617.
Milzbrandbazillen (Treutlein) 87.
Mitosen, das Wesen der (Bashford und Murray) 609.
Molluscum contagiosum und die papillomatösen Syphilide (Darier) 616.
– fibrosum (Suchow) 77.
Molokai (Goodhuxe) 460.
Morbillen (Remlinger) 302.
– Hospitalbehandlung (Mc Collom) 303.
– Koplikscher Frühsymptom (Lippel) 302.
– Coma bei (Pitt) 302.
– Hyperpyrexie bei (Barnes) 302.
– Akute Nephritis nach (Ricci) 303.
Morbis Addisonii s. Addisonsche Krankheit.
Moulagen (Pospelow) 78.
Mundhöhle, Pflege bei Syphilis (Reif) 502.
Muskelrheumatismus, bei Psoriasis (Möller) 18.
Myelom (Hoffmann) 196.
Mykosis fungoides (Afzelius) 183; (Carrier) 341; (Sereni) 398; (Hodara) 490.
– – Heilung (Marsh) 88.
– – und X-Strahlen (Tamieson und Huie) 557.

Nabel, Pagets Disease des (Fox und Macleod) 338.
Nabelschnur, syphilitische Läsionen (Labusquière) 239.
Naevi keratotici (Gassmann) 547.
– symmetrici faciei (Dohi) 348.
Naevus pigmentosus et pilosus (Bogrow) 444.
– pilaris ichthyosiformis linearis (Brytschew) 77.
– vasculosus 106.
Naevusfrage, zur (Frédéric) 550.
Nafalan (Hönigschmidt) 255.
Nagelerkrankungen (White) 186; (Bering) 618.
Narbencarcinom (Mohr) 610.
Nasensyphilis (Theisen) 521.
Navys phototherapeutischer Apparat 238.
Nebennierenextrakt und Hautverfärbung (Schücking) 616.
Neoplasma (Borzecki) 545.
Neoplasmata, Ätiologie (Monsarrat) 94.
Nephritis, chronische (Stern) 234.
– bei Syphilis (Schlechtendahl) 55.
Nervenerkrankungen, syphilitische (Babinski) 402.
Neubildungen bei Kaltblütern (Pick und Pohl) 246.
Neuralgiforme Schmerzen bei Plattfuß (Ehrmann) 117; (Freudenberg) 167.
Neurasthenie (Delbanco) 65.
Neurodermitis chronica linearis (Mibelli) 413.
Neurotische Dermatosen (Blaschko) 231.
– Exkoriation (Baum) 232.
Niere, polycystische (Bar) 199.
Nierenbecken, doppeltes (Joung) 21.
Nierendiagnostik (Karo) 338.
Nierenfunktion (Albarran) 394.
Nierentuberkulose (Stoeckel) 445.

Obturator für Urethroskop (Jacob) 107.
Ochronosis (Osler) 617.
Oedema cutis circumscripta (Yamada) 346.
– der Genitalorgane (Müllern-Aspergen) 332.
– glandis (Müllern-Aspergen) 184.
– hartes (Vullich) 292.
Ölretention in der Harnblase (Merk) 118.
Oleum betulae 262.
– cadinum 262; (Carle) 298.
– rusci 264.
Orcein, Kenntnisse des (Pappenheim) 310.
Orchiepididymitis blennorrhoica 518.
Orchitis gummosa 518.
– idiopathische (Michelsen) 232.
– bei Influenza (Lucas) 152.
Osteochondritis heredosyphilitica 281.
Ostitis luetica 281.
Oxalurie (Delbanco) 65.

Pagetsche Erkrankung (Fabry und Trautmann) 495.
– – des Nabels (Fox und Macleod) 338.
Palmarkeratom (Sack) 89.
Paludide (Engman) 146.
Panaritien, diphtherische (Hau und Revol) 89.
Panaritium (von Bergmann) 573.
– blennorrhoisches (Meyer) 15.
Papillom des Limbus conjunctivae (Heilmuller) 616.
Papulo-exsudative Dermatose (Vielliard) 503.
Paraffininjektionen bei Incontinentia (Hock) 113.
Parakeratosis variegata 544.
Paraleprose (Glück) 24.
Paralyse und Syphilis (Sights) 62.

Paraphimose, Reposition (Friedemann) 108.
Paraplegie, syphilitische (Marie) 62.
Parasporiasis Brocq 545.
— (Möller und Afzelius) 16.
Parasitäre Epitheliome (Bose) 610.
Parasyphilitische Erkrankungen (Ogilvie) 504. 520.
— — Heilung (Duhot) 523.
Pars fixa urethrae (Merkel) 635.
Pellagra (Sherwell) 185.
— Ätiologie (Cargano) 294.
— Keime (Carraroli) 292.
— Symptomatologie (Stefanowitz) 294.
— in Rumänien (Babes) 295.
Pemphigoide Varietät der Erythemato-Sklerosen (Audry) 343.
Pemphigus und Pemphigoide (Radaeli) 241. 458.
— en petites bulles (Morley und Ransome) 86.
— chronicus (Secchi und Serra) 86; (Frick) 571.
— contagiosus, akuter, der Neugeborenen (Maguire) 145.
— neonatorum (Miller) 86; (Adamson) 145.
— vegetans Neumann (Wiegmann) 87; (Weidenfeld) 140; (Starziale) 343.
Penisamputation (Hopman) 108.
Pentosurie (Bial) 166; (Bendix) 167.
Perforation des Gaumens (Gaucher) 401.
Perineale Abscesse (Motz) 78.
— Wucherungen (Drueck) 556
Peritonitis bei Scharlach (McCollom und Blake) 301.
Perversität, sexuelle, in Amerika (Howard) 459; (Godshaw) 627.
Phantom zum Blasenspiegeln (Solger) 501.
Phimosis praeputii (Priklonski) 78.
— Circumcision bei (Miller) 557.
Phlebitis blennorrhoica (Heller) 136.
Phlegmone, diffuse (Motz) 78.
— prävesikale (Asakra) 345.
Phosphathidrops (Merk) 118.
Phosphaturie (Whitehead) 459.
— bei Neurasthenie (Freudenberg) 167.
Photogramme, naturfarbene 117.
Phototherapeutische Behandlung der Variola (Regnault) 354.
Phototherapie s. auch Lichtbehandlung.
— (Montgomery) 197.
— physikalische Faktoren bei (Barnard und Morgan) 247.
Pigmentbildung bei Alkaptonurie (Osler) 617.
Pikrinsäure, Vergiftungen (Millant) 148.
— bei Uterusblennorrhoe (Serra) 212.
Pilocarpinexanthem (Hallopeau und Veillard) 503.
Pilz, Krankeitserreger (Montgomery, Morrow, Ryfkogel) 187.
Pilzförmige Geschwulst (Moses) 99.
Pityriasis (Sabouraud) 461.
— der Nägel (Campana) 243.
— rosea (Lassar) 183; (Towle) 560. (Brocq) 569.
— rubra pilaris (Blaschko) 14; (Sokolow) 78; (Palm) 136; (Sederholm) 333.
Plasmazellen (Whitfield) 197. 339.
Plasmom (Hoffmann) 196.
Plazentarsyphilis (Hitschmann und Volk) 58.
Pocken s. Variola.
Poliomyelitis, syphilitische (Saraceni) 457.
Polyarthritis syphilitica (Willaven) 56.
Polycythämie und chronische Cyanose (Osler) 291.
Polymyositis (Romme) 574.
Polyneuritis syphilitica des Schapparates (Duhot) 525.
Polypen der Urethra (Grégoire) 562.
Pompholix (Dysidrosis) in New Orleans (Dyer) 186.
Präputialer Gang, Präparate eines blennorrhoisch infizierten (Bruhns) 547.
Präputialsteine (Englisch) 631.
Präputium, Talgdrüsen an der Innenfläche des (Delbanco) 536.
Pratique dermatologique (Besnier, Brocq, Jacquet) 283.
Priapismus, idiopathischer (Mainzer) 633.
Primäraffekt s. Initialsklerose.
Pringlesche Krankheit (Buschke) 230.
Prokhorowsche Methode bei Syphilis (Barthélemy und Lévy-Bing) 399.
Prostata, Exstirpation (Purvis) 156.
— Obstruktion (Clarke) 156.
— mechanische Behandlung (Laskowski) 161.
Prostatabeobachtuugen (Greene) 155.
Prostatahypertrophie (Casper) 157; (Witzel) 157; (Chetwood) 157; (Freyer) 158. 159; (Young) 158; (Zuckerkandl) 159; (Schattock) 160.
Prostatakrebs (Harrison) 33. 156.
Prostataresektion bei Prostatahypertrophie (Rydygier) 157.
Prostatektomie (Harrison) 33; (Bazet) 158; (Herescu) 158; (Kammerer) 158; (Eastman) 158; (Collins) 159; (Johnson) 159; (Pages) 160; (Loumeau) 395.
Prostatiker ohne Prostata (Motz und Arrese) 278.
— Hygiene (Desnos) 161.
Prostatitis, chronische (Bonn) 160; (Sarzien) 160; (Schmidt) 160; (Waelsch) 172.
— subakute (Brechot) 80.
Prostituierte, gesunde (Gillet) 456.
Prostitution, volkswirtschaftliche Bedeutung (Lösch) 452.

Protozoen als Krankheitsursachen (Bowen) 342,
– im trophischen Geschwür (Wright) 236.
Pruritus 633.
– ani und Röntgenstrahlen (Pennington) 628.
– senilis und Sperminum Poehl (Bosse) 623.
– vulvae, diabetischer (Lorand) 623.
Pseudoxanthoma elasticum (Werther) 494.
Psoriasiforme Seborrhoiden (Brocq) 569.
Psoriasis (Pospelow) 136.
– nummularis et crustosum (Möller) 18.
– und Gelenkaffektionen (Lipman-Wulf) 142.
Psoriasis-Arthropathie (Darier) 570.
Psoriasisefflorescenzen (Mayer) 331.
Puls bei tuberkulisierten Dermopathen (Campana und Saraceni) 244.
Purpura malarica (Engman) 146.
Pyodermatosen nach Impfung (Goldschmidt) 358.
Pyrogallussäure bei Schleimhautlupus (Wittmaack) 48.

Quecksilber (Brissonnet) 401.
— bei Syphilis (Barthélemy) 200; (Fuller) 566.
— legendäre Wirkung (Rosenbach) 513.
Quecksilberausscheidung durch Urin (Carle und Boulud) 395.
Quecksilberbijodür (Emery und Druelle) 568.
Quecksilberinjektionen (Desesquelle) 150. 347.
— intramuskuläre (Tremolières) 568.
— Maximaldosen (Audry) 504.

Radiotherapie (Leredde und Pautrier) 81; (Zeisler) 188. 247; (Varnay) 247; (Strebel) 250; (Turner) 250; (Macintyre) 251.
Radiumstrahlen (Pospelow) 444.
Rankenangiom, arterielles, des Ohres (Fleischl) 99.
Ratten, künstliche Hauterkrankung (Rabinowitsch) 45.
— und Lepra (Stefansky) 45.
Raynaudsche Krankheit (Harbinson) 622.
Reduzierende Substanzen (Vignolo-Lutati) 257.
Reglementierung (Gillet) 456.
Reinfectio syphilitica (Schaarwächter) 14.
Retinitis albuminurica bei Syphilis (Zimmermann) 55.
Rheolkugeln bei Blennorrhoe des Weibes (Scholem) 212.
Rheumarthritis bei akuter Blennorrhoe (Malherbe) 148.
Rheumatismus blennorrhoicus (Renault) 396.
Rheumatoide, luetische (Singer) 56.
Rhinophyma (Bogrow) 388.
Rhinosklerom 243.
— (Kraus) 334; (Sokolow) 389.
— post trauma (Hrach) 88.
Rhinosklerompolypen (Pawlowsky) 88.
Röntgenbehandlung (Scholtz) 248; (Williams) 249; (Kassabian) 250; (Schmidt) 391.
Röntgenstrahlen, praktische Anwendung (Pusey und Caldwell) 351.
Röntgenverfahren, Leitfaden (Hildebrand) 281.
Romanowskys Mischung 113.

Salicylsäure, Intoxikation (Matheson) 360
Salpeterlösung bei Abscessen und Bubonen (Porosz) 92.
Samenstrang, Torsion (Vanverts) 563.
Sarcoma fusocellulare 613.
— globocellulare 613.
Sarcomatosis cutis (Wilson und Kalteyer) 613.
Sarkoide Bildungen der Haut (Pawloff) 469.
Sarkome und Röntgenstrahlen (Coley) 96. 614.
— subunguale (Roth) 613.
— idiopathische (Krzysztalowicz) 612.
Säuglingsekzem (Boivin) 83.
Scabies (Renault) 83.
Schanker, harter, s. Initialsklerose.
— weicher, s. Ulcus molle.
— rudimentär-syphilitischer (Fournier) 200.
Schankerbehandlung mit kombinierter Lichtbestrahlung (Rogers) 458.
Scharlach, Serumbehandlung (Moser) 301.
Scharlachnephritis und Urotropin 301.
Scharlachübertragung durch Milch (Ekholm) 300.
Schleimhautlupus (Wittmaack) 48.
Schliefsmuskel, Launen des (Berliner) 11.
Schwangere Frauen, vaginale spezifische Behandlung (Vörner) 448.
Schweifsdrüsenknäuel, Hypertrophie (Thimm) 494.
Schweifsdrüsentumoren (Klauber) 614.
Schwielen bei Marmorarbeitern (Ancian) 277.
Sclerema oedematosum (Luithlen) 286.
Seborrhoiden, psoriasiforme (Brocq) 569.
Sectio alta (Tichow) 21.
Selbstbeschädigung durch Ätzung (Mandl) 297.
— hysterische (Bettmann) 297.
Selbstkatheterismus (Hirt) 111.

Sensibilitätsstörungen bei Lungenerkrankungen (Goldmann) 447.
Sexualhygiene des alten Testaments (Wolzendorff) 394. 503.
Sexuelle Perversion (Godshaw) 627.
— Zwischenstufen (Hirschfeld) 37.
Sittenpolizei (Butte) 199.
Sittenreglementierung (Butte) 149.
Sittlichkeitsverbrechen (Arnemann) 626.
Sklerodermia mit Raynaudscher Krankheit und Addisonscher Pigmentation (Harbinson) 622.
Sklerodermia diffusa et circumscripta mit Sklerodaktylie (Harm) 621.
Sklerodermie (Luithlen) 286; (Leven) 390.
— und autotoxische Erytheme (Ehrmann) 104.
— nach Morbus Basedowii (Krieger) 621.
— und Myosklerose (Guth und Rosenfeld) 104.
Skleroma neonatorum (Stillmann) 622.
Skorbut (Thimm) 20.
Skrotum, Tumor (Gaudier) 564.
— der kleinen Kinder (Stoss) 295.
Solbad, physiologische Wirkung (Keller) 253.
Spermatocystitis (Wildbolz) 31; (Lurjé) 205.
Spermaturie (Collcot) 155.
Sperminum Poehl gegen Pruritus senilis (Bosse) 623.
Sphinkter vesicae urinariae Krampf (Kerner) 114.
Spongioplasmafärbung (Unna) 119.
Spülkatheter (De Sard) 563.
Staphylococcus pyogenes (Miller) 86.
Staphylomykosis (Zimmermann) 574.
Sterilisierungsapparat (Miskhailhoff) 218.
Sterilität durch Obstruktion an der Epididymis (Martin) 152.
Strafbarkeit der Übertragung von Geschlechtskrankheiten (Hönigschmidt) 256.
Streptokokkämie (Hektoen) 301.
Streptokokkenkultur (Sommerfeld) 253.
Streptomykosis bullosa (Winkler) 571.
Strikturen, lineare Elektrolyse bei (Rafin) 111.
— traumatische, der Urethra (Guyon) 636.
— Behandlung (Christen) 233; (Bakaleinik) 562.
Stypticin in der urologischen Praxis (Kögl) 453.
Sublamin (Gottheil) 255.
Subsymphysärer Schnitt beim Weibe (Legueu) 279.
Sumpfaffektionen (Engman) 146.
Sykosis (Leredde) 512.
Synorchidie bei Hoden, Operationen (Pascale) 152.
Syphilide, Diagnose (Renault) 51; (Jessner) 519; (Dyer) 519.
Syphilis (Schuster) 36; (Gaucher) 40.
— Fracastors Gedicht von der (Oppenheimer) 289.
— Problem (Rosenbach) 513.
— Ursprung 222.
— im Altertum (Suzuki) 467.
— bei exotischen Völkern (Jeanselme) 566.
— in Ostasien (Fujikawa) 346.
— in Rußland (Rosenquist) 468.
— Bazillenbefunde (Waelsch) 195.
— Bakteriologie (Salmon) 202.
— Syphilisbazillus „Max Josephs“ (Pfeiffer) 109.
— Blutuntersuchungen (Justus) 516.
— Erythrocyten bei (Jakuschewitsch) 205.
— Parasitenbefunde (Schüller) 50.
— Syphiliseinschleppung, extragenitale (Weitlauer) 51.
— Syphilisinfektion, zeitliche Grenzen (Rosinski) 514.
— beim Affen (Roux und Metschnikoff) 201. 505; (Pospelow) 388. (Lassar) 390.
— Überimpfung auf anthropoide Affen (Pospelow) 444.
— Übertragbarkeit auf den Hund (Antonelli) 244.
— insontium (Caldwell) 33.
— kryptogene (Jakowlew) 205.
— und Alkoholismus (Renault) 50.
— und Berufspflicht (Dubois-Havenith) 516.
— und Ehescheidung (Morrow) 516.
— und Heirat (Marshall) 50.
— Selbstmord bei (Fournier) 50. 516.
— in der Sprechstunde (Aussilloux) 49.
— Diagnose (Dyer) 519.
— interessante (Bleicher) 517.
— ungewöhnliche (Secchi) 517.
— die Pariser Kontrollmädchen und die (Butte) 239.
— Prognose (Mayer) 206.
— heilbar (Neisser) 49.
— der Kinder (Wisniewski) 515.
— alter Frauen (Chauffard) 50.
— Bronchi und Tracheae (Connor) 51.
— tertiäre (Neumann) 56; (Weber) 57; (Jadassohn) 58; (Lissauer) 58; (Dolgopolow) 205.
— gummosa maligna praecox (Reiss) 545.
— nodosa und Gefäßerkrankungen (Jullien) 397.
— papulosa lenticularis (Reiss) 545.
— papulo-squamosa lenticularis (Borzecki) 546.
— tuberosa (Borzecki) 545.
— visceralis (Quincke) 53.
— des Herzens (Woltke) 53; (Schuster) 522.

yphilis des Hodens (Duhot) 524.
- der Lungen (Halpern) 53; (Berg) 399; (Stengel) 522.
- der Nase (Theisen) 521.
- der Nieren (Terrien) 54; (Schlechtendahl) 55; (Lauterbach) 523; (Sterling) 523.
- der Placenta (Hitschmann und Volk) 58.
- Geburtsstörung nach (Woyer) 514.
- Aktinomykose (Borzecki) 545.
- und angiospastische Neurose der Finger (Le Calvé) 397.
- und Arteriosklerose (Köhler) 52.
- und glatte Atrophie der Zungenwurzel (Lesser) 521.
- und Blennorrhoe (Secchi) 518.
- und Epilepsie (Allen) 520.
- und Leukoplakie (Montgomery) 52.
- und Paralyse (Sights) 62.
- und Retinitis albuminurica (Zimmermann) 55.
- und Splenomegalie (Sorrentino) 54.
- und Tabes (Faure) 61; (Schittenhelm) 522.
- und Tuberkulose (Leredde und Pautrier) 240.
die Ursache von Chorea (Mettler) 61.
hereditaria (Almkvist) 19; (Brassowitz) 59; (v. During) 59; (Hippem) 60; (Hochsinger) 287.
— tarda (Jordan) 59.
— Tabes juvenilis und (Hartmann) 515.
— Übertragung (Schalck) 515.
— der Nebennieren (Kokubo) 515.
philisbehandlung (Sasakawa) 347.
Beginn der (Tsutrui) 347; (Collings) 159.
mit Hermophenilinjektionen (Tschlelow) 83.
und Balneotherapie (Marschalkó) 526.
Hydriatik (Sadger) 313. 382. 437.
intramuskuläre (Lambkin) 63.
mit Jodipin (Duhot) 568.
und Jodkalium (Bizard) 203.
mit Jodklysmen (v. Zeissl) 568.
mit Jothion (Steiner) 569.
mit Lichtbestrahlung (Rogers) 556.
Liquor cerebrospinalis bei (Funke) 551.
lokale (Köbner) 62.
mit Quecksilber (Barthélemy) 200; Fuller) 566; (Tremolières) 568.
mit Hg bijodatum (Barthélemy, afay und Lévy-Bing) 399; (Breton) 68; (Emery und Druelle) 568.
mit Merkuriolöl (Laborie) 397.
Prokhorowsche Methode (Barthéley, Lafay und Lévy-Bing) 399.
Pflege der Mundhöhle bei der (Reif) 02.
hilitische Affektion der Achillessehne Fournier) 201.
Syphilitische Arthralgie 525.
— Epiphysitis (Johnson) 56.
— Erkrankungen der Gelenke (Paton) 525.
— Fieber nach Ileotyphus (Scalese) 520.
— Folgeerkrankungen (Hallopeau) 526.
— Hautatrophie (Fordyce) 559.
— Hydrarthrosis 525.
— Icterus (Simeonescu) 524.
— Infektionen in den Gebäranstalten (Tschistiakoff) 204.
— Liodermia (Borzecki) 545.
— Magenerkrankung (Jullien) 139.
— Metrorrhagie (Ozenne) 506.
— Mundaffektionen (Meissner) 51.
— Läsionen der Nabelschnur (Labusquière) 239.
— Nekrose des Unterkiefers (Creutz) 521.
— Nephritis (Carpenter) 523.
— Nervenerscheinungen (Babinski) 402.
— Nierenerkrankungen (Babinski) 402.
— Obliteration der Nase in der Kindheit (Raoult) 203.
— Paraplegie (Marie) 62.
— Perforation des Gaumens (Gaucher) 401.
— Poliomyelitis (Saraceni) 457.
— Polyarthritis (Willaven) 56; (Hippem) 60.
— Polyneuritis des Sehapparates (Duhot) 525.
— Reinfektion (Schaarwächter) 14.
— Rheumatoide (Singer) 56.
— Siebbeinentzündung (Goodale) 520.
— Synovitis 525.
— Thrombophlebitis (Blumenfeld) 387.
— Tumoren des Ciliarkörpers (Frugiuele) 55.
— Ulceration bei Neugeborenen (Hutinel) 199.
— Vaginitis erythematosa (Micucci) 525.
Syphilisvaccine (Butte) 344.
Syphiloderma, tuberkulo-ulceröses 518.
Syphilom des Ciliarkörpers (Ewetzky) 289.
Syphilomata 521.
Syringomyelie (Frolow) 205; (Schlesinger) 286.

Tabes (Milian) 388.
— incipiens und Syphilis cerebro-spinalis (Schittenhelm) 522.
— juvenilis und Lues hereditaria (Hartmann) 515.
— und Harnretention (Bierhoff) 449.
— Prognose (Faure) 61.
— Heilung (Duhot) 523.
Tachyol bei Variola (Lanzaro) 39.
Talgdrüsen, Erkrankungen (Selenew) 205.
— an der Innenfläche des Präputiums (Delbanco) 536.
— versprengte (Lilienthal) 546.

Talgdrüsengeschwülste (Kothe) 190. 334.
Teer 258.
Technische Mitteilungen (Kraus) 21.
Testikel, Torsion (Williams) 151.
Thiolum liquidum bei Pocken (Kolbassenko) 354.
Thigenol „Roche“ (Hönigschmidt) 256.
Thiosinamin (Lewandowski) 90.
— gegen Keloide (Reiss) 545.
Thompsonsche Zweigläserprobe (Schneider) 196.
Thrombophlebitis luetica (Blumenfeld) 337.
Tierlymphe-Institut für Schottland (Buist) 41.
Tinea circinata (van Harlingen und Dillard) 88.
Toxine von Tuberkelbazillen (Klingmüller) 48.
Traubenzucker und Fruchtzucker im Harn (Lion) 167.
Trichophytie (van Harlingen und Dillard) 88; (Jackson) 83; (Sederholm) 131.
Trichophytin (Truffi) 80.
— und Tuberkulin (Leredde) 80.
Tripper s. Blennorrhoe.
Tripperrheumatismus (Renault) 396; (Kennedy) 557.
Trippersprize, neue (Engelbreth) 30.
Tuberculides (Sée und Druelle) 278; (Afzelius) 334; (Pautrier) 460.
— familiäre (Pautrier) 499.
— papulo-nekrotische (Möller) 184.
Tuberkulin und Trichophytin (Leredde) 80.
Tuberculosis (Filaretopulo) 46; (Lassar) 48; (Sokolow) 78.
— gegenwärtiger Begriff (Pautrier) 243.
— und Elephantiasis vulvae (Jesionek) 409.
— bei Lupus und Scrophuloderma (Grouven) 445.
— verrucosa cutis (Darier) 45; (Asahi) 345.
Tumorbildungen aus der Tierpathologie (Pick und Pohl) 246.
Tylenchus (Bastian) 624.
Typhus roseola, pustulöse (Birnbaum und Weber) 577.

Übergangsformen Leredde) 565.
Ulcera varicosa cruris (Brault) 102.
Ulcerationsprozesse durch Diphtheriebazillen (Schwab) 192.
Ulcus duodenale (Borland) 84.
— durum des Collum uteri (Thibierge) 396.
— molle (Schuster) 36; (Stenczel) 91.
— — Erreger (Tomasczewski) 90. 91.
— — Statistik (Mori) 347.
Ulcus rodens (Sequeira) 96; (Cassli 612; (O'Day) 612.
— — faciei (Reiss) 540.
Ulerythema centrifugum (Bogrow) 137. 389; (Möller) 184. 382; (Brytschew 444: (Voirol) 620.
Unfruchtbarkeit des Weibes (Schenk) 29.
Unguentum argenti colloidalis (Rommel 258.
Unterricht in Paris, dermatologischer (Brocq) 64.
Urämie nach Masern (Ricci) 303.
Ureter bifidus (Young) 21.
— Ende (Robinson) 460.
— Verengerung (Young) 279.
Uretherenkatheterismus (Margulies) 20.
Urethra, hinterer Abschluſs (Lucke) 634.
— Enden, Beweglichmachung (Savariaud) 635.
— Bakterienflora (Pfeiffer) 552.
— Epitheliom (Bobbio) 110.
— Neubildung (Morrow) 110.
— Fremdkörper (Berliner) 11; (Plummer) 110.
— Ruptur (Calzolari) 635; (Sorrentino) 635.
— Traumatischer Verschluſs des Orificium (Parry) 109.
— Verengerung (Desnos) 636.
Urethrismus (Ziemssen) 109. 633.
Urethritiden (Suys) 634.
Urethritis, blennorrhoische, s. Blennorrhoe.
— membranacea (Klimeck) 634.
— bei Oxalurie und Phosphaturie (Delbanco) 65.
Urethroskop, neuer Obturator für das (Jacob) 107.
Urethroskope mit Luftdehnung (Mark) 629.
Urethrotomia interna (Bruni) 337.
Urin, grünblauer (Dun) 162.
Urinexponenten, chemische, bei neurodermatischen Patienten (Campana und Condelli) 244.
Urininfektion durch anaerobe Mikrobien (Albarran und Cottet) 161.
Urinuntersuchungen bei Kindern (Fuller) 161.
Urinverhaltung (Parry) 109.
Urnische Kind, das (Hirschfeld) 627.
Urobilin (Schlesinger) 167.
Urogenitalapparat, Erkrankungen (Thomson) 625.
Urogenitalsystem, Tuberkulose und Klima (Privleau) 627.
Urogenitalregion (Lewis) 34.
Urogenitaltuberkulose (Legueu) 107.
Urologie, Entwicklung (Rörig) 234.
Urologische Instrumente (Ahlström) 185.
Urosanolbehandlung der Blennorrhoe (Scharff) 212.
Urotropin (Köhler) 426.
— bei Enuresis nocturna (Oreline) 114.

tropin gegen Scharlachnephritis 301.
icaria durch Nebennierenextrakt (Rosenberg) 292.
und Malaria (Papakosta) 292.
rus, blennorrhoische Erkrankungen es (Orlow) 172.

cinale Mischerkrankungen (Voigt) 41.
cination (Szaweljew) 40; (van Landendock) 356; (Merveille) 356.
Technik (Soutter) 359.
und Immunitätslehre (Pfeiffer) 356.
und Kindersterblichkeit (Mackenzie) 57.
Pyodermatosen nach der (Goldschmidt) 358.
cine (Casagrandi) 358.
initis erythematosa syphilitica (Minacci) 525.
icocele, Operationen (Potter) 154; ofton) 154.
iola 304.
Geschichtliches (Urban) 303.
Epidemie in Buffalo (Wheeler) 353.
bei den Chinesen (Regnault) 354.
Epidemie in England 353.
n London 353.
n Straßburg (Baer) 353.
n den Vereinigten Staaten (Corlett) 54.
Ätiologie (Councilman, Magrath, rinckerhoff) 352.
Diagnostik (Melvin) 33.
pidemiologische Studien (Sanfelice) 4.
mmunität (Bernstein) 304.
äsionen (Councilman) 187.
ustelinhalt bei Blattern (Schamrg) 353.
nd Revaccination (Day) 38.
Rezidive (Ebstein) 303.
Behandlung (Ridge) 38; (Szaweljew)
- mit Guajakol (Ridge) 38.
- — Karbolsäure (Brindley und rris) 355.
- — rotem Licht (Schamberg) 39; insen) 39; (Brown) 40; (Rodd) 4.
- — Tachyol (Lazzaro) 39.
- — Thiolum liquidum (Kolbasnko) 354.
oloide Varicellen (Marsden) 303.
deferentia, Mißbildungen (Luksch) 5.
rische Infektionsgefahr im Knabenter 245.
rankheiten, Statistik (Einhaus) 285.

Venerische Krankheiten, Verbreitung (Okamura) 346; (Holländer) 555.
— — und Berufsgeheimnis (Butte) 504.
— — Prophylaxis (Richter) 337; (Ashihara) 347.
Venerologische Poliklinik (Gallia) 242.
Ventilspritze (Engelbreth) 179.
Verandageschwür des Anus (Müller) 140.
Verbrennung (Hodara) 275.
Veronal, Vergiftung (Clarke) 295.
Vibrationsmassage b. Prostatitis (Schmidt) 160; (Laskowski) 161.
Vitiligo, behandelt mit Finsenlicht (Montgomery) 238.
Vorstaedterscher Kalorisator (Bering) 252.
Vulvovaginitis, blennorrhoische (Hirschl) 171.
— der kleinen Mädchen (Michaelovitch) 171.

Warze, plane und papilläre (Blaschko) 232.
Warzen 615.
— Entfernung (Jackson) 455.
Werlhofsche Krankheit (Massanek) 295.
Wucherungen, chorionepitheliomartige (Steinhaus) 151.

Xanthelasmoidea (Reid) 100.
Xanthoma tuberosum (Forday) 100.
— — diabeticorum (Pisco) 105.
Xanthome (Moser) 99.
Xeroderma pigmentosum (Adrian) 390; (Bayard) 620.
X-Strahlen, Versuch einer Erklärung 236.
— bei Krebs und Hautkrankheiten (Allen) 248.
— bei Mykosis fungoides (Carrier) 341.

Zellgewebsverhärtungen (Luithlen) 286.
Zenkersche Fixierungsflüssigkeit (Pelagatti) 532.
Zoster (Fraser) 299.
— Landrysche Krankheit nach (Triantaphylides) 299.
— rezidivierend (Moberg) 181.
Zungenbalgdrüsen, Atrophie (Heller) 330.
Zungengrundatrophie (Heller) 547.
Zungenulcerationen 573.
Zwangserziehung Minderjähriger (Bälz) 452.
Zwangsimpfung (Merveille) 356.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abadie und Brosc, Gibt es ein Botryomykom 575.
Abelin 19.
Abraham 402. 407.
Adams, G. C., Carcinom in Australien; ein Vergleich mit anderen Ländern nebst einer spezifischen Behandlungsart zur Verhütung und Bekämpfung der Krankheit 608.
Adamson, Der Pemphigus neonatorum im Lichte neuerer Untersuchungen 145.
Addison 101. 616.
Adler, Die mangelhafte Geschlechtsempfindung des Weibes 35.
— 136.
Adrian, C., Über Xeroderma pigmentosum mit besonderer Berücksichtigung der Blutveränderungen 390.
Afzelius, Atrophische Flecke 16.
— Acrodermatitis chronica atrophicans 180.
— Morbus Addisonii 182.
— Mykosis fungoides 183.
— Tuberkulide (Erythema induratum) 334.
— und Möller, Dermatitis nodularis psoriasiformis 16.
Ahlström, Neue urologische Instrumente 185.
Albarran, J., Untersuchungen über die Differenzen bei der normalen Funktion der beiden Nieren 394.
— Die Hämaturie 338.
— 79. 159. 279.
— und Cottet, Die Rolle der anaëroben Mikrobien bei der Infektion des Urins 161.
Albers 632.
Albert 82.
Albu 294.
Aldor 162.
Aldridge 76.
Alessandri, Bakteriologische Untersuchungen bösartiger Geschwülste 95.
Alexander, K., Geschlechtskrankheiten und Kurpfuscherei 23.
— 424. 525.
Alibert 64.
Allen, Ch. W., Die X-Strahlen bei Krebs und Hautkrankheiten 248.
— 188. 584.
Allen, H. S., Zwei Fälle als Illustration gewisser Beziehungen zwischen Syphilis und Epilepsie 520.
Almkvist, Die Vererbung der Syphilis 19.
— 181.
Alpár, A., Referate 100. 109. 158. 172. 295. 527. 569.
Alquier 415. 421.
van Alstyne, Etwas über Syphilis 519.
Amat, Ein in der Urethra und der Blase abgebrochener Katheter. Spontaner Abgang der Fragmente 116.
d'Amato, Ekzeme und Ekzemmetastasen mit besonderer Berücksichtigung der Therapie des Ekzems beim Kinde 242.
— Das Gonorol bei der Behandlung der blennorrhoischen Urethritis 242.
— 401.
de Amicis 215. 548.
Ancian, Über Schwielen bei Marmorarbeitern 277.
Andrews 525.
Anthony, H. G., Bericht über einen Fall von Fibroma molluscum 615.
— 245.
Antonelli, Über einige Fälle von Übertragbarkeit der Syphilis auf den Hund 244.
Apetz, W., Über blennorrhoisch-metastatische Entzündungen am Auge Erwachsener 171.
Apolant, E., Über Anurie 16.
Arndt, Lichen planus und Lupus erythematodes 331.
— Aplasia pilorum moniliformis 331.

Arnemann, Die Anomalien des Geschlechtstriebes und die Beurteilung von Sittlichkeitsverbrechen 626.
Arnozan 402. 604.
Aronson 523.
Arrese und Motz, Die Harnblase der Prostatiker ohne Prostata 276.
Asahi, Untersuchung einiger in Tokio beobachteter Fälle von Tuberculosis verrucosa cutis 345.
— Über einen neuen pathogenen Fadenpilz des Haares 349.
— 349.
Asakura, Prävesikale Phlegmone 345.
Asano-Tochigi 349.
Ashihara, Über Lupuscarcinom 347.
— Über die Prophylaxis der venerischen Krankheiten 347.
Ashmead, A. S., Monolog eines Leprösen 406.
— Die Fischbehälter von Hawai als Verbreiter der Lepra 557.
Asselbergs, Ein Fall von makulo-anästhetischer Lepra 408.
*Audry, Ch., Keratosis circumpilaris (Kératose pilaire engaînante) 529.
— Granulosis rubra nasi, Akne rosacea spuria der Kinder 277.
— Über Erythemato-Sklerosen und ihre pemphigoide Varietät 343.
— Über die Maximaldosen bei Quecksilbereinspritzungen 504.
— 184. 397. 546. 547.
— und Dalous, Ein Fall von Lichen planus circinatus mit mikroskopischer Untersuchung 277.
Augagneur 150.
Auspitz 527. 600.
Aussilloux, Die Syphilis in der Sprechstunde 49.

Babes, V., Pellagra in Rumänien 292.
— 45. 294.
Babinski, Die Quecksilberbehandlung bei den syphilitischen Nervenerkrankungen 402.
Baelz 406.
Baer, J., Die Pockenerkrankungen in Straßburg i. E. im Sommer 1903 353.
Baermann, G., Die Blennorrhoe der Prostituierten 144.
— Über die Pathogenese der blennorrhoischen Epididymitis und über Versuche, dieselben durch Punktion zu behandeln 173.
— Die Blennorrhoe der Prostituierten 284.
— Über hyperkeratotische Exantheme bei schweren blennorrhoischen Infektionen 552.
Bärensprung 596. 605.
Baginski 46.
Baisch, K., Die Prophylaxe der postoperativen Cystitis 117.
Bakaleinik, Ein Hydrodilatator zur Behandlung der Strikturen 110.
— Behandlung der Harnröhrenstrikturen ohne Druck auf die anliegenden gesunden Teile der Harnröhrenwand, Dilatation der Ureteren 562.
Bakó 574.
Balfour, Eosinophilie und Bilharzia und Dracontiasis 256.
Balz, Petition, daß Geschlechtskranke Aufnahme in allen Krankenhäusern finden und daß für ihren Bedarf besondere Räume in den Spitälern zur Verfügung gestellt werden möchten 452.
Balzer 415. 421. 422.
Bandler, V., Über Blasentuberkulose 115.
Bar, Kann man die kongenitale polycystische Niere als eine Mißbildung oder eine syphilitische Dystrophie betrachten? 199.
Bardach, L., Über Jodferratose bei Skrophulösen und Lues 255.
Bardenheuer 108. 109.
Barjon und A. Cad, Über die Hydrocelen 154.
Barlow 295. 574.
Barnard und Morgan, Die physikalischen Faktoren bei der Lichttherapie 247.
Barnes, Hyperpyrexie bei Morbillen 302.
Barthélemy, Merkur und Syphilis 200.
— 285.
— und Lévy-Bing, Über die Prokhorowsche Methode bei der Behandlung Syphilitischer 399.
— — und Lafay, Über intramuskuläre Injektionen von Hydrargyrum aceticum bei Syphilis 200.
— — — Über intramuskuläre Injektionen von Hydrargyrum bijodatum bei der Behandlung der Syphilis 399.
— — — Über Hydrargyrum colloidale 401.
Bartholini 168. 210. 244.
Bartrina und Motz, Perineale Abszesse und diffuse urethrale Phlegmone 78.
Basedow 390. 621.
Bashford und T. A. Murray, Über die Bedeutung des Vorkommens von Carcinom im Tierreich, das Wesen der Mitosen und die Übertragbarkeit des Leidens 609.
Bastian, H. C., Die anatomischen Verhältnisse der sog. Filaria perstans und der Infektionsmodus bei derselben 624.
— Bemerkungen über die wahrscheinlichste Art der Infektion mit sog. Filaria perstans und über die Wahrscheinlichkeit, daß dieser Organismus in Wirklichkeit der Gattung Tylenchus (Bastian) angehört 624.

Bastian, H. C. 359. 624.
Bäumer, Blennorrhoe des parasurethralen Ganges 15.
— 15.
Bäumler 56. 595.
Baum, Acne urticata 135.
— 546.
Baum, W. L. 579.
Baumgärtner 446.
Baumgarten, E., Arthritis cricoarytaenoidea rheumatica et blennorrhoica 208.
— 153.
Bayard, A., Zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum 620.
Bazet, L., Indikationen und Kontraindikationen der Prostatektomie 158.
Bazin 64. 332.
Bazy, Angeborene Verengerung der Harnröhre beim Manne 636.
Bebel 283.
Beck 521. 635.
Becker, Diatomea, ein Reizmittel für den Paquelinschen Thermokauter 359.
Beclère 81. 565.
Beglie 76.
Behrend 264. 267. 321. 357.
Bellencoutre 401.
Bellini, A., Ein Besuch im phototherapeutischen Finseninstitut in Kopenhagen. Neue Apparate zur Finsentherapie 174. 241.
Bellissen, Die Vielgestaltigkeit des syphilitischen Schankers der Mandel 468.
Benario 554.
Benda 306. 381. 433.
Bender 409.
Bendix, E., Ein Fall von Pentosurie 167.
Benedict, A., Klinische Blennorrhoe ohne den Gonococcus 170.
Beneke 70. 309. 434.
Beniqué 109. 161. 338. 457. 563.
Benninghoven, Über die Wirkung von Gonosan bei Blennorrhoe und Cystitis 211.
Benoist 81.
Berg, Lungensyphilis, die Tuberkulose vortäuscht 399.
Bergmann, Keloid 98.
v. Bergmann, A. 27.
v. Bergmann, E., Die Behandlung des Panaritium 573.
Bering, F., Die Heifsluftbehandlung mit dem Vorstaedterschen Kalorisator 252.
— Zur Kasuistik der Nagelerkrankungen 618.
*Berliner, Carl, Verhängnisvolle Launen des Schliefsmuskels. Ein Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper in Harnröhre und Blase 11.
*— Mesotanexanthem 132.
— Referate 38. 39. 40. 41. 42. 43. 47. 48. 49. 63. 93. 94. 96. 101. 142. 144. 145. 147. 152. 154. 156. 157. 158. 159. 160. 196. 197. 199. 239. 247. 251. 256. 3[illegible] 302. 303. 336. 340. 343. 353. 354. 3[illegible] 357. 359. 393. 407. 412. 450. 454. 5[illegible] 500. 523. 525. 553. 558. 560. 571. 6[illegible] 612. 616. 622.
Berliner, Carl 229. 230.
Bernstein, M., Über Immunität und Bestehung der Blattern 304.
Bertamini 415. 421.
Berthod 456.
Bernthsen 119. 120. 125. 131.
Besnier, E. 284. 512.
— Brocq, Jacquet, La Pratique Dermatologique 283.
Bettmann, Epidermolysis bullosa hereditaria 142.
— Hysterische Selbstbeschädigung unter dem Bilde der multiplen neurotischen Hautgangrän 297.
— Lupus follicularis disseminatus 445.
— 14. 584.
Bezençon 153.
Bial, M., Über die Diagnose der Pentosurie mit dem von mir angegebenen Reagens 166.
Biedermann, J., Kasuistische Mitteilungen 174.
Bierhoff, Beitrag zum Studium der Harnretention bei Tabes dorsalis 449.
Binswanger 73. 74. 76.
Biondi 309.
Bird 76.
Birnbaum und H. Weber, Über pustulöse Typhusroseola nebst bakteriologischen Untersuchungen 577.
Bizard, L., Über Jodkalium und Syphilis 203.
Blake, Schwerer Fall von Erysipel des Beines im Anschlufs an Ulceration; Behandlung mit Antistreptokokken-Serum; Heilung 579.
Blancard 314.
Blaschko, A., Pityriasis rubra pilaris 14.
— Neurotische Dermatosen 231.
— Plane und papilläre Warzen 232.
— Eigentümliche Haarfärbung 330.
— Erythrodermie mycosique 330.
— Das Merkblatt der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 528.
— Unser neues Merkblatt 553.
— 14. 58. 78. 134. 135. 136. 230. 234. 331. 346. 366. 394. 414. 415. 421. 422. 423. 424. 546. 548. 567.
Bleicher, Einige interessante Syphilisfälle 517.
Bloch, Iwan 232.
Bloch, Paul, Über einen Fall von grofsen Injektionen von grauem Öl 401.
Blochmann, Ist die Schutzpockenimpfung mit allen notwendigen Kautelen umgeben? 606.
— 607.

Blokusewski, Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 20.
Blomquist, A. 397.
Bloom, J. N., Kinderblennorrhoe 170.
Blumenfeld, Anton, Beitrag zur Trombophlebitis luetica im Frühstadium 337.
Boas 288.
Bobbio, Epitheliom der Harnröhre des Mannes 110.
Bock, H. 288.
Bockhart 634.
Bodin 177. 178.
Boeck, C. 469. 482. 483. 484.
Boegel 548.
Boeghold 548.
Böhm, J., Keratoma hereditarium palmare et plantare 500.
Boerhaave 314.
Bogrow, Lupus erythematodes des Gesichts 137.
— Rhinophyma 388.
— Lupus erythematodes 389.
— Naevus pigmentosus et pilosus 444.
— 137. 444.
Bohm 495.
Bojew 389.
Boivin, M., Das Säuglingsekzem 83.
Bolk 413. 414. 424. 426.
Bond, A. K., Über Brüchigkeit der Haare 619.
Bondi 239.
Bonn, E., Zum Kapitel der chronischen Prostatitis 160.
Bonsdorff 322.
Borland, Ein Fall von akutem Ekzem im Säuglingsalter; Hämatemese; Ulcus duodenale; Exitus letalis 84.
Bornemann, Ein Fall von multipler Lymph- resp. Chylangiektasie mit Chylorrhoe 496.
Borris und Brindley, Reine Karbolsäure bei der Behandlung der Variola 355.
Borzecki, Fall zur Diagnose (Syphilis oder Aktinomykose) 545.
— Syphilis tuberosa und Liodermia syphilitica 545.
— Lues papulo-squamosa lenticularis und Lues tubero-serpiginosa exulcerans des Gesichtes 546.
— Neoplasma der Blase und Harnröhrenstriktur 546.
— 545.
Bosc und Abadie, Gibt es ein Botryomykom? 575.
Bose, F. J., Parasitäre Epitheliome 610.
Bosellini 257.
Boss, Über Gonosan 21.
— 254.
Bosse, Pruritus senilis, geheilt durch Injektionen mit Sperminum Poehl 623.
Boston, L. N., Bence Jonessche Albumosurie im Verein mit eigentümlichen nervösen Erscheinungen 162.
— Der Leprabacillus im kreisenden Blute 406.
Bottini 158. 628. 630.
Boulengier, Einige Worte zur Impffrage 356.
Boulud und Carle, Die Ausscheidung des Hg durch den Urin 395.
Bowen, J. T., Eigentümliche Einschlüsse im lupusähnlichen Gewebe 237.
— Neuere Untersuchungen über die Protozoen als Ursachen von Krankheiten 342.
— 560.
Bowker, Die erfolgreiche Behandlung einiger Lupusfälle 411.
Bowman 115. 140.
Box 202.
Boynton, Ursachen sexueller Impotenz beim Manne 34.
Bracht 515.
Bracken, Bericht des Ausschusses für staatliche Lepraheime an die amerikanische Gesellschaft für öffentliches Gesundheitswesen 25.
Brassat, A., Mutilierende Formen von Lupus 410.
Brault, Über die chirurgische Behandlung der Ulcera varicosa cruris 102.
— Leprabehandlung 148.
Bréchot, Bemerkungen über einige Fälle von subakuter Prostatitis mit periprostatischer Eiterung und hinter dem Blasenhals und den Samenblasen gelegenen Abszessen 80.
Breda 548.
Breiger, Heilung eines Syphilids des Gesichts durch Lichttherapie (Eisenlicht) 64.
Breton, Die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Hydrargyrum bijodatum in wässeriger Lösung 568.
Bretschow, Elephantiasis Arabum 137.
Brignone 257.
Brinckerhoff, Councilman und Magrath, Die Ätiologie der Variola 352.
Brindley und F. W. Borris, Über die Verwendung von reiner Karbolsäure zur Behandlung der Variola 355.
Brissaud 414.
Brissonnet, Über kolloide Metalle 401.
— Über gebundenes und reines Quecksilber 401.
Broca 174. 400.
Brocq, L., Der dermatologische Unterricht in Paris 64.
— Das Ekzem der Augenlider 85.
— Conception générale des Dermatoses 503.
— Über Hautausschläge, die ihrer Natur

nach zwischen der Pityriasis rosea Gibert und den psoriasiformen Seborrhoiden liegen 569.
Brocq, L. 16. 103. 195. 276. 284. 360. 403. 420. 421. 422. 424. 512. 556. 564. 565.
Broers, J., Lichen progenitalis 578.
Brooke, H. C. 277. 403.
Brooks und Greene, Über Blasenerkrankungen 112.
Bronson 584.
Brouardel 504.
Brown, Ino, Rotes Licht bei der Behandlung der Variola 40.
Browning 567.
Brownlee und Thomson, Die Behandlung der Pocken mittels Serum von immunisierten Kälbern 38.
Brown-Séquard 153. 209.
Bruhns, C., Lymphangiektasien der Wange 193.
— Präparate eines blennorrhoisch infizierten präputialen Ganges 547.
— Injiziertes Präparat von Lymphgefäßen und Lymphdrüsen des Hodengebiets 546.
— 402.
Bruni, 100 Fälle von Urethrotomia interna 337.
Brush, E. F., Aphthen und Herpes bei Kindern infolge Genusses der Milch von Kühen, die an Maul- und Klauenseuche leiden 570.
Bruzelius 165.
Bryan, Jodoformdermatitis 298.
Brytschew, Naevus pilaris verrucosus 77.
— Lupus erythemathodes 444.
— Lupus exulcerans nasi et cruris dextri 444.
Buchanan, Th., Die Heilwirkung der X-Strahlen auf Lupus und maligne Neubildungen 47.
Buck 257. 264.
v. Büngner 446.
Bueri, Ein Fall von Geroderma genitoatrophicum 102.
Bürkner 465.
Buist, J. B., Über die Notwendigkeit eines staatlichen Tierlympheinstituts für Schottland 41.
Bulkley, D. L. 616.
Bull 525.
Bullit, J. B., Epispadie 632.
Bullock, Ein ungewöhnlicher Fremdkörper in der Harnblase einer Frau nebst einer einfachen Methode der Entfernung desselben 116.
Burckhardt 233.
Burgess, Ein Fall von einfachem Solitärgeschwür in der Blase 115.
De Bury 343.
Busch 410
von der Busch 321.
Buschke, A., Weitere experimentelle Untersuchungen über Alopecie und die Lokalisation von Hautkrankheiten 103.
— Hautcarcinom 230.
— Pringlesche Krankheit 230.
— Lupus erythematodes 331.
— Lymphangioma capillare varicosum Török 331.
— Die Blastomykose 336.
— 74. 231.
Butte, L., Die Sittenreglementierung. Erste Sitzung der extra-parlamentarischen Kommission 149.
— Der Gesundheitszustand der einzelnwohnenden Pariser Kontrollmädchen in dem Zeitraum von 1872 bis 1902 in Beziehung auf Syphilis. Der Einfluß der mehr oder minder häufigen Sistierungen auf den Gesundheitszustand derselben 239.
— Die Entdeckung der Syphilisvaccine 344.
— Die Sittenpolizei 456.
— Das Berufsgeheimnis und die venerischen Krankheiten 504.
— 49.

Cabanès 510.
Cade und Barjon, Die Hydrocelen 154.
Cahn 290.
Calderone, C., Beitrag zum Studium der Elephantiasis Arabum 241.
Caldwell, Syphilis insontium 33.
— und Pusey, Die praktische Anwendung der Röntgenstrahlen in therapeutischer und diagnostischer Beziehung 351.
Callomon. Herpes gestationis 299.
Le Calvé, Über einen Fall von Syphilis mit angiospastischer Neurose der Finger.
Calzolari, Über einen Fall von Ruptur der Urethra perinealis 655.
Campana, Ekzema impetiginosum und Urticaria durch Staphylokokken hervorgerufen 85.
— Pityriasis der Nägel mit Mikrosporon furfur; Schwierigkeit, Reinkulturen dieses saprogenen Parasiten zu erhalten 243.
— und Condelli, Die chemischen Urinexponenten beim Stoffwechsel einiger neurodermopathischer Patienten 244.
— und Saraceni, Der Puls bei den tuberkulinisierten Dermopathen 244.
— 257. 597.
Campbell, Ein interessanter Fall von Lupus vulgaris 410.
— 248. 414.
Cantani 70. 163.
Cantlie 407.
Cantwell 632. 633.
Capon 510.

Caporalis 167.
Cargano, Zur Ätiologie der Pellagra 294.
Carle, Das Oleum cadinum in der Behandlung des Lichen simplex chronicus 298.
— und Boulud, Untersuchungen über die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Urin 395.
Carlyle 464.
Carmouze 395.
Carpenter, G., Ein Fall von syphilitischer Nephritis bei einem Säugling 523.
Carraroli, Die Keime der Pellagra 293.
Carrasquilla 28.
Carrier, Ein Fall von Mykosis fungoides, behandelt mit X-Strahlen 341.
Cartledge 579.
Casagrandi, Untersuchungen über die Vaccine 258.
Las Casas 232.
Casoli, S., Zwei Fälle von Ulcus rodens 612.
Caspari 514. 578.
Casper, L., Über die Behandlung der Prostatahypertrophie 157.
— Zur Asepsis des Katheterismus und der Cystoskopie 629.
— 75. 156. 501.
Cassel 15.
Cassanello, R., Pathologisch-anatomischer und klinischer Beitrag zum Studium der Leiomyome der Blase 28.
Du Castel 304.
Cathelin 64. 114.
Cavafy 257.
McCaw, Die Behandlung der akuten Blennorrhoe Erwachsener 210.
Celsus 345.
Cerny 612.
Chandlen, S., Fremdkörper in der Blase 116.
Chapliguire 278.
Charpentier 510.
Charrière 143.
Chatin 506.
Chauffard, Die Syphilis der alten Frauen 50.
— 101.
Cheatle, Das Verhalten des Krebses innerhalb von Nerven- und trophischen Bezirken 610.
Chetwood, Die Wahl der Technik bei Operation wegen Prostatahypertrophie 157.
Chirivino, Eigentümliche lymphoide Infiltration der Haut bei einem Knaben 98.
Christen, R., Beiträge zur Pathologie und Therapie der Harnröhrenstrikturen auf Grund einer Reihe von 400 Fällen 233.
Christian 611.
Christy 624.
Clarke, W. B., Einige Gesichtspunkte zur Pathologie und Therapie der Prostata-Obstruktion 156.
— Ein Fall von Veronal-Vergiftung 295.
— 62. 241.
Clausmann, Übernahme von Bordellen in städtische beziehungsweise staatliche Regie 452.
Cnyrim, Ethische Forderungen im Geschlechtsleben 282.
Cocks, E. L. 41.
Coenen 425.
Cohn, Curt, Referate 573. 610.
Cohn, Mich., Zur Frage der inneren Erkrankungen und plötzlichen Todesfälle im Anschluſs an die Heilung eines Säuglingsekzems 84.
Cohnheim 540. 544. 609.
Coley, W. B., Weitere Beobachtungen über den Einfluſs der Röntgenstrahlen auf Sarkome 96.
— Maligne Geschwülste des Hodens 151.
— Spätresultate der Röntgenbehandlung bei Sarkomen 614.
— 248.
Colles 59. 593.
Collings, Wann soll man mit der Behandlung der Syphilis beginnen? 459.
Collins, Ein Fall von totaler Prostatektomie durch den hohen Blasenschnitt 159.
Mc Collom, Die Notwendigkeit einer Vermehrung der Gelegenheiten zur Hospitalsbehandlung der Masern 303.
— und J. B. Blake, Allgemeine Peritonitis als Komplikation bei Scharlach 301.
Colombo, Über den Wert der chemischen Strahlen aus der Geisslerschen Röhre bei der Lupusbehandlung 411.
Comby, J. 246.
Condelli und Campana, Die chemischen Urinexponenten beim Stoffwechsel einiger neurodermopathischer Patienten 244.
Connor, Syphilis der Trachea und Bronchi 53.
Constensoux 421.
Corlett, W. P., Die jüngste Pockenepidemie in den Vereinigten Staaten 454.
— 188.
Cottet und Albarran, Die Rolle der anaeroben Mikrobien bei der Infektion des Urins 161.
Couillaud 402.
Councilman, Die Läsionen der Variola, namentlich diejenigen der Haut 187.
— 343.
—, G. B. Magrath und Brinckerhoff, Die Ätiologie der Variola 352.
Courment 154.

Courtellemont, Über postvaccinale Hauteruptionen 357.
Cowper 79.
Crawford, R., Über drei Fälle von Erythema exsudativum multiforme 298.
Credé 253. 412. 579.
de Crésantignes, Dermitis pseudo-erysipelatosa des Gesichts nach Anwendung von verdünnter Arnikatinktur 505.
Creutz, Syphilitische Nekrose des Unterkiefers 521.
Crocker, R. 147. 343. 403.
Czerny 545.
Czerwinski, J. 327.
Czylharz 113.

Daccó, Hämatologische Untersuchungen bei einigen Dermatosen 241. 458.
— 45.
Daland, Die Lepra in Japan 43.
— Beobachtungen über Lepra in Japan, Island und Norwegen 406.
Dalous und Audry, Lichen planus circinatus 277.
Danielssen 603.
Danlos 47.
Dansauer, Beitrag zur Kenntnis der Gasgangrän 87.
Darier, Tuberkulosis verrucosa cutis 45.
— Das Keloid und seine Behandlung 98.
— Die Psoriasis-Arthropathie 570.
— Die Impetigo 571.
— Das Molluscum contagiosum und die papillomatösen Syphilide 616.
— 330. 339. 494.
Dassonville 175. 176. 177.
Davis 628.
Day, J. M., Variola und Revaccination 38.
O'Day, Ein Fall von Ulcus rodens 612.
Dehio, K., Neue Gesetzesbestimmungen über die Behandlung und eventuelle Isolierung der Leprakranken in Rußland 26.
— 45.
Delafield 234.
Delaunay und Lenglet, Ein Fall von Larva migrans 396.
*Delbanco, E., Urethritis bei Oxalurie und Phosphaturie. Oxalurie und Phosphaturie als Symptome der Neurasthenie 65.
*— Über das gehäufte Auftreten von Talgdrüsen an der Innenfläche des Präputium 536.
*— Casein-Albumoseseife. (Eine neutrale und auch beim Gebrauche neutral bleibende Seife.) 539.
— Erythema papulosum chronicum perstans necroticans 47.
— 6. 68. 546. 596.
Delbet 79. 153.
Delefosse 33.
Demachy 344.
Dependorf 543.
Desesquelle, Die Frage von den Quecksilberinjektionen 150. 344.
Desnos, Die Hygiene des Prostatikers 161.
— Dauernde Erfolge bei Behandlung von Harnröhrenverengerungen 636.
Dessauer 282.
Dethloff 28.
Dettweiler 288.
Devergie 78.
Dickson 303.
— und Lassalle, Varioloide Varicellen auf Trinidad 303.
Diday 32. 33. 211.
Didier 595.
Diemerbroeck 303.
Dieterich 319.
Dillard und van Harlingen, Epicaria bei Tinea tonsurans 83.
Dittel 502.
Doehle 202.
Dohi, Nachruf an Rudolf Virchow und Sensai Nagayo 346.
— Der gegenwärtige Stand der Venerologie 346.
— Demonstration von Abbildungen der gemischten, extragenitalen und Impfschanker 348.
— Ein Fall von Adenoma sebaceum s. Naevi symmetrici faciei 348.
— Tuberkulöse Erkrankungen der Haut bei den Japanern und Demonstration der Kranken, Abbildungen und Moulagen aus seiner Klinik; Lupus vulgaris (3), Scrophuloderma (7), Lichen scrophulosorum (3), Ulcus tuberculosum miliare an der Rachenwand (1), Tuberculosis verrucosa cutis (9) 349.
— 345. 348. 349.
Dole, Die Lepra in Hawaii 43.
Dolgopolow, Beobachtungen über die Häufigkeit der tertiären Syphilisformen bei der ambulanten Behandlung der Landbevölkerung 205.
Donat, Die Anwendung der Elektrotherapie bei Dermatosen im 18. Jahrhundert 565. 566.
Donati, Das Phänomen des Bubo bei der Entzündung der Bartolinischen Drüse 244.
Donovan 186.
Dòr, L., Aktinomykose 574.
Dornblüth 401.
Douglas, C. 162.
Doutrelepont, Die Behandlungsmethoden des Lupus 411.
— 78.
Dreyer, G., Lichtbehandlung nach Sensibilisierung 143.
Dreyfus, W., Ein Fall primärer Hautaktinomykose 574.

Dreuw 244.
Drueck, Perianale Wucherungen 556.
Druelle und Emery, Über Quecksilberbijodür-Injektionen 568.
— und Gaucher, Papulöse Hauttuberkulose nach Masern 505.
— — Lichen planus mit Erkrankungen der Nägel und Lokalisation auf der Conjunctiva palpebrarum 505.
— und Sée, Acne necrotica 278.
— — Ein Fall von Tuberkuliden 278.
Dubreuilh, Die Acne hypertrophica der Nase und ihre chirurgische Behandlung 147.
Dubois-Havenith, Syphilis und Berufspflicht 516.
Duchenne 209.
Ducrey 90. 348.
Düring, Einige Fragen aus der Lehre von der Vererbung der Syphilis 59.
Dühren, Neue Forschungen über den Marquis de Sade und seine Zeit 509.
Duhot, R., Zwei Fälle von Heilung der Tabes. Betrachtungen über die Heilbarkeit der sog. parasyphilitischen Krankheiten 523.
— Einseitige Syphilis des Hodens, Samenstranges, der Prostata und der Samenblase 524.
— Polyneuritis syphilitica des Sehapparates 525.
— Örtliche und allgemeine Behandlung der tertiären Syphilis mit Jodipin 568.
— 401.
Duhring 86. 180. 181. 185. 276.
Dun, W. G., Ein Fall von grünblauem Urin 162.
Duncan 248. 579.
v. Dungern 356.
Dunzelt, Behandlung des Lupus und der Alopecia areata 412.
— 412.
Dyer, J., Bericht über einen Fall von Blastomycosis der Haut 186.
— Vorläufige Mitteilung über Pompholyx (Dysidrosis) und dessen Auftreten in New Orleans 186.
— Die Diagnose der Hautsyphilis 519.
— 187.

Eads, B., Die Karbunkelbehandlung 578.
Eastman, J. R., Perineale Prostatektomie, ohne Harnröhre oder Blase zu öffnen — unbefriedigendes Resultat — nachfolgende Kauterisation einer En Colarette-Verengerung der Blasenöffnung — Heilung 158.
Eberth 587. 538.
Ebstein, Einige Bemerkungen zu der Geschichte der Rezidive bei den Pocken 303.
Eck 482.
Eddowes, A. 360.
Ehlers, Die Lepra auf den dänischen Antillen 451.
— 406. 586. 589.
Ehrlich, 12. 217.
Ehrmann, S., Über die Beziehung der Sklerodermie zu den autotoxischen Erythemen 104.
— Über neuralgiforme Schmerzen in der Regio pubica und inguinalis bei Plattfuß 117.
— Zur Pathologie der syphilitischen Initialsklerose des Penis 189.
— 195.
Eichhoff 465.
Einhaus, Zur Statistik der venerischen Erkrankungen, unter spezieller Berücksichtigung der in der Hautklinik zu Leipzig in den Jahren 1897 bis 1902 inkl. behandelten Patienten 283.
Ekholm, Zur Scharlachübertragung durch Milch 300.
Elder und Edwin Matthew, Elephantiasis und ihre Behandlung 580.
Eleicegui, Über einen Fall von Epispadie mit Exstrophie der Blase 632.
Elgart, J., Zur Prophylaxe der akuten Exantheme 300.
Elliot, A., Über Spermaturie 155.
Emery und Druelle, Die Einspritzungen von Quecksilberbijodür in wässeriger Lösung in der Behandlung der Syphilis 568.
— und Umbert, Ein Fall von Lichen verrucosus der Kopfhaut 344.
Engel, F., Lepra in Ägypten.
— 353.
*Engelbreth, Die Ventilspritze 179.
— Technik der urethralen Injektionen. Die Bedeutung der Kapazität der Pars anterior urethrae und des Tonus des Sphinkters für die Konstruktion einer neuen Trippersprize 30.
— 32.
Engel-Reimers 525.
Englisch, J., Über eingesackte Harnsteine (Steine des prostatischen Teils der Harnröhre) 234.
— Über Präputialsteine 631.
Engman, Über Paludide und einen Fall von Purpura malarica 146.
Eppinger 141.
Erb, Sexuelle Abstinenz 21.
Eshner, Einseitige renale Hämaturie 164.
Eulenburg 76. 77. 283. 466. 509.
Evans, N., Klinischer Bericht über einen Fall von Hautblastomykose infolge zufälliger Inokulation 575.
— und Otis, Über den Parasiten der Blastomykose 576.
v. Eversbusch 465. 525.
Ewald 288. 466.

Ewart, Naturfarbene Photogramme von pathologischen Affektionen 117.
— 117.
v. Ewetzki, Über das Syphilom des Ciliarkörpers 289.
Exner, A., Zur Röntgenbehandlung von Tumoren 95.

Fabry und H. Trautmann, Beiträge zur Pagetschen Erkrankung 495.
Faraday 238.
Faure, M., Pathogenese und Prognose der Tabes. Antisyphilitische Behandlung. Mechanische Behandlung der visceralen Störungen der Tabiker. Mechanische Behandlung der spastischen Paraplegien 61.
Fellner 60.
Fendt 469. 483.
Fessler 525.
Ferrannini, Über die Bakteriurie 163.
Feuerstein, Leo, Über die sogenannte Justussche Hämoglobinprobe bei Syphiliskranken 139.
— Referate 44. 83. 89. 97. 111. 162. 164. 515. 524. 546.
— und K. Panek, Beitrag zur Lehre von Chylurie 164.
Feulard 586. 589. 592. 597. 599. 605.
Fialho 525.
Filatow 525.
Filaretopoulo, Die gegenwärtige Behandlung der subcutanen Tuberkulose 46.
— Die Lepra und ihre klinischen Formen 408.
Finger, E. 67. 75. 276. 404. 593. 595. 596.
Finkelstein, Beitrag zur Kasuistik der Nierentuberkulose 21.
Finsen, N. R., Die Behandlung der Variola mit rotem Licht 39.
— Phototherapie 47.
— 16. 33. 39. 40. 47. 81. 104. 143. 174. 184. 197. 238. 241. 242. 338. 353. 411. 412. 444. 460.
Fischel 415. 421.
Fischer, B. 325. 376. 378. 380.
Fleischl, E., Über das arterielle Rankenangiom des Ohres 99.
Flemming 36. 535.
Flesch, M., Die Diagnose der Blennorrhoe in der Gynäkologie in ihrer forensen Bedeutung 554.
Florence, Zehnjährige Statistik der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Toulouse 277.
Flügge 285.
Foà, Studie über das Cytoryctes vaccinae 42.
Fokin 187.
Forday, F., Ein Fall von Xanthoma tuberosum im Kindesalter 100.
Fordyce, Symmetrische Hautatrophie unter gleichzeitiger Entwicklung von syphilitischen Erscheinungen der Haut und des Nervensystems 559.
— und Mewborn, Ein Fall von unbestimmter Hautinfektion 198.
Le Fort 109.
Fournier, A., Über Selbstmord bei Syphilis 50.
— Ein Fall von rudimentärem syphilitischen Schanker 200.
— Tertiäre luetische Affektion der Achillessehne 201.
— Über tertiäre Gelenkerkrankungen 203.
— 36. 37. 50. 57. 58. 150. 200. 201. 203. 283. 382. 391. 397. 399. 504. 513. 520. 523. 526. 549. 567. 586. 589. 592. 596. 604. 605.
Fox, T. C., und MacLeod, Über einen Fall von Pagets Disease des Nabels 338.
Fox, Tilbury 145.
Fowler 581.
Fracastor 289.
Fraenkel, A. 521.
Fränkel, B. 46. 58.
Fränkel, E. 577.
France, Anatole 510.
De Franchis, Harnsteine, durch Fremdkörper veranlaßt 636.
Frankle-Hochwart 449.
Fraser, Ein Fall von Facialisparese in Verein mit Herpes zoster 299.
Fréderic, J., Zur Naevusfrage 550.
Frendl, Blennorrhoische Endocarditis 174.
Freudenberg, A., Über ammoniakalische Reaktion des Harns bei Phosphaturie, sowie über Phosphaturie und Ammoniurie als objektive Symptome der Neurasthenie 167.
— 65. 66. 68. 72. 76. 158.
Freund 35. 81. 282.
Frey, A. 441.
Freyer, P., Die radikale Behandlung der Prostatahypertrophie 158.
— Die totale Exstirpation der Prostata bei Prostatahypertrophie 159.
— 159. 160. 395.
Frick, W., Mitteilung eines Falles von Pemphigus chronicus 571.
Frickenhaus 257.
Friedemann, Eine neue Methode zur unblutigen Reposition der Paraphimose 108.
Friedländer 577.
Friedmann, M., Zur Kenntnis der cerebralen Blasenstörungen und namentlich des Rindenzentrums für die Innervation der Harnblase 113.

Frieser, J. W., Der therapeutische Wert des Ichthyol- und Jodvasogens und deren Verwendbarkeit in der Praxis 254.
v. Frisch 75.
Frolow, P., Ein Fall von Syringomyelie 205.
Frugiuele, Klinischer und anatomischer Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Tumoren des Ciliarkörpers 55.
Fürbringer 467.
Fujikawa, Über den Ursprung der Syphilis in Ostasien 346.
Fuller, A. W., Einige Urinuntersuchungen bei Kindern 161.
Fuller, E., Über die Erhaltung des Hodens bei Nebenhodentuberkulose 458.
— Quecksilber bei Syphilis: seine hypodermatische Anwendung gegenüber anderen Methoden 566.
Funke, W., Einige Ergebnisse der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Luetischen 551.

v. Gaddesden 39.
Galewsky, Über Bäcker-Akne 94.
— 67. 68. 69. 577.
Gallia, Zwei Jahre venereologischer Poliklinik 242.
Gallois, Die Furunkulose 90.
— 90.
Galvagno, Über die Gonokokkenperitonitis der kleinen Mädchen 173.
Gamlen, Die Behandlung des Lupus vulgaris mit X-Strahlen und ultravioletten Strahlen 48.
Gardner, F., Diagnose und Behandlung der chronischen blennorrhoischen Urethritis des Mannes 171.
— 421.
Garel 468.
Gascoyen 595.
Gassmann, A., Histologische und klinische Untersuchungen über Ichthyosis und ichthyosisähnliche Krankheiten 547.
Gaudier, Voluminöser Tumor des Skrotums (cystisches Lymphangiom) 564.
Gaucher, E., Syphilisfälle 400.
— Über die besonderen Lokalisationen des Ekzems am Kopf und Rumpf 573.
— Klinik für Haut und Syphiliskranke 518.
— Die Behandlung des regionären Ekzems 571.
— und Druelle, Ein Fall von papulöser Hauttuberkulose im Anschluß an die Masern 504.
— — Lichen planus mit Erkrankungen der Nägel und Lokalisation auf der Conjunctiva palpebrarum 505.
Gebert 331.
Gebhardt, C. 465.
Gehrmann, A., Laboratoriumsuntersuchung der Lymphe 358.
Geissler 411.
Gellert, A. 338.
Generopitomzew 468.
Genoud 174. 241. 411. 444.
Gentile 563.
Gersuny 113.
Gessner 465.
De Giaxis 294.
Gibert 78. 83. 569. 570. 596.
Giemsa 120. 121. 128. 306.
van Gieson 308. 309. 370. 378. 380.
Gilchrist, Einige weitere Fälle von blastomycetischer Dermatitis 454.
Gillet, H., Die gesunde Prostituierte 456.
— Reglementierung 456.
Ginisty 510.
Glaevecke 514.
Glaessner, Zum Katheterismus posterior 629.
Glück, L., Paraleprose 24.
— Zur Kenntnis der Verbreitungsweise der Lepra 407.
— 45. 138.
Godard 153.
Godshaw, Sexuelle Perversion 627.
Götz, Referate 33. 45. 49. 50. 51. 52. 55. 59. 60. 61. 63. 64. 80. 82. 83. 84. 85. 88. 90. 93. 94. 98. 99. 106. 107. 111. 116. 117. 149. 154. 161. 167. 168. 171. 172. 174. 206. 240. 252. 280. 297. 298. 300. 304. 353. 354. 356. 395. 398. 411. 412. 464. 468. 515. 521. 522. 524. 526. 564. 566. 567. 569. 570. 571. 575. 607. 615, 616. 617. 618. 621. 624. 630. 635. 636.
Götzl, A., Über absteigende Tuberkulose des Harnapparates 628.
Goldberg, B., Beimpfung und Abimpfung von Kathetern 111.
— Verhütung der Harninfektion 206.
— Die keimfreie Aufbewahrung weicher und halbweicher Katheter 630.
— 67.
Goldmann, R., Sensibilitätsstörungen der Haut bei Lungenerkrankungen, besonders der Tuberkulose 447.
Goldschmidt, D., Kontagiöse Pyodermatosen nach der Impfung 358.
Goldzieher, V., Die operative Behandlung der blennorrhoischen Corneageschwüre 172.
— 591. 593. 596.
Goodale, J. L., Ein Beitrag zur pathologischen Histologie der syphilitischen Siebbeinentzündung 520.
Goodhue, Ein Bericht aus Molokai 460.
Gordon, M., Über Impotenz 502.
Gottheil, W., Sublamine bei der Behandlung parasitärer Kopfausschläge 34.
— Ein Fall von fingiertem Ausschlage 238.

Gottheil, W., Sublamin in der Behandlung von Hauterkrankungen 255.
Gowers 217.
Gram 14. 91. 309. 344. 434. 577. 634.
Greene, R. H., Der Gebrauch von Chloroform bei der Bereitung von Lymphe 42.
— Einige Prostatabeobachtungen 155.
— und Brooks, Ein Beitrag zur Pathologie und Prognose der Blasenerkrankungen 112.
Grégoire, R., Die Polypen der Urethra des Weibes, ihre Natur und ihre Ursachen 562.
Grelault 415.
Griffon 348.
Grimm, Neuer Lymphbehälter 358.
Grosglick 427.
Grouven, C., Anderweitige Tuberkulose bei Lupus und Scrophuloderma 445.
Gruber 138. 466.
Grübler 119. 120. 127. 144. 373.
Grünwald 14. 136.
Guarnieri 352.
Gubert 40.
Güterbock 74.
Guiard, F. P., Behandlung der blennorrhoischen Urethritiden mittels der Janetschen Methode 32.
Guida, Das Ekzem der kleinen Kinder 85.
Guinot 596.
Guiteras 628.
Guth und R. Rosenfeld, Sklerodermie und Myosklerose 104.
Guthrie 248.
Gutzeit, Der syphilitische Primäraffekt der Augapfelbindehaut 551.
Guyon, Das Chloroform und der Harnapparat 79.
— Die traumatischen Strikturen der Urethra 636.
— 12. 78. 142. 156. 207. 211. 338. 457. 560.

Haas 71.
Habheyger, Bericht über einen Fall maligner blennorrhoischer Endokarditis 173.
Hacker 635.
Haensell 594.
Hahn, Referate 85. 87. 88. 95. 99. 107. 108. 109. 111. 112. 155. 157. 163. 166. 211. 234. 246. 292. 294. 297. 359. 411. 467. 516. 517. 525. 526. 613. 619. 622.
Hall-Edwards, Die Behandlung des Lupus mit Kaliumpermanganat 49.
— Epitheliom der Nase behandelt mit Röntgenstrahlen und Jodkalium 611.
— 96. 412.
Hallé und Boleslas Motz, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparates: Tuberkulose der Blase 395. 560.
Hallopeau, Die Behandlung der syphilitischen Folgeerkrankungen 526.
— 62. 63. 348. 420. 421. 482. 584.
— und Vielliard, Eine noch nicht beschriebene papulo-exsudative Dermatose nach Pilocarpinvergiftung 503.
Halpern, M., Syphilis der Lungen und Pleura 53.
— Über experimentelle Albumosurie 162.
Hammers 144.
Hanawa, Über die Behandlung des Ekzems, speziell über Bromokoll als juckstillendes Mittel 349.
Hanot 101.
v. Hansemann 46.
Hansen, A., Korrespondenz 26.
— 24. 27. 34. 406. 408.
Harbinson, Skleroderma in Verbindung mit Raynaudscher Krankheit und Addisonscher Pigmentation 622.
Hardaway, Karbunkel und andere Affektionen, welche bei Barbieren akquiriert werden 573.
Hardy 604.
van Harlingen und Dillard, Epicarin bei Tinea tonsurans 83.
Harm, C., Ein Fall von Sklerodermia diffusa et circumscripta mit Sklerodaktylie bei einem neunjährigen Mädchen 621.
Harrison, R., Der Prostatakrebs und die Auswahl der Fälle über Prostatectomia suprapubica 33.
— Über Prostatakrebs und seine Behandlung 156.
Hartmann, Über Tabes juvenilis und Lues hereditaria 515.
— 331.
Hartzell, M. B., Die Behandlung des Juckens 622.
Haslund 391.
Hastreiter, Die Geschlechtskrankheiten des Mannes 508.
Hau und Louis Revol, Fünf neue Fälle von diphtherischen Panaritien und subepidermischen Diphtherieinfektionen 89.
Havas 567.
Havelburg 467.
Head 413. 414. 447.
Heberden 298.
Hebra, F. 241. 284. 285. 403. 499. 556. 571.
Hebra, Hans v. 290. 408.
Heidenhain 309.
Heidenheim, M. 306.
Heidingsfeld, Versuch einer Erklärung der Natur und des Charakters der X-Strahlen 238.
— Die Reform der Dermatologie 396.
— 579.
Heilmuller, Papillom des Limbus conjunctivae 616.

Hektoen, L., Über den Typhus und Scharlach mit spezieller Beziehung auf den diagnostischen Wert der Blutreinkulturen 300.
— Bakteriologische Blutuntersuchung bei Scharlach intra vitam mit besonderer Berücksichtigung der Streptokokkämie 301.
Heller, J., Akute Blennorrhoe mit Endokarditis, Embolie und Dermatitis pyaemica 15.
— Phlebitis blennorrhoica 136.
— Atrophie der Zungenbalgdrüsen 330.
— Zur Pathogenese der Atrophie des Zungengrundes 547.
— 60. 135. 136. 345. 421. 547.
Hendrich 401.
Henle 75. 76.
Hennig, Geschlechtskrankheiten und Kurpfuscherei 24.
Henriot 202.
Henoch 296. 298.
Heresen, Zwölf Fälle von Prostatektomie 158.
Hermanides, Die parasyphilitischen Veränderungen 36.
— 37.
Herrmann 308. 441.
Herxheimer, K. 16. 17. 306. 309. 331. 365. 402.
Hess, O., Zwei neue Fälle von Acanthosis nigricans 99.
Hesse, W., Impfschutzverband 359.
Heubner 46.
Hildebrand 281.
Higgens 525.
Hillis, J., Die Lepra auf Britisch-Guyana; eine Befürwortung der Lepraasyle 451.
— 407.
Hippel 525.
Hippem, Über die Häufigkeit von Gelenkerkrankungen bei Hereditärsyphilitischen 60.
Hippokrates 345.
Hirschberg, M., Einiges zur Differentialdiagnose der Hautlepra 408.
— 525.
Hirschel, B. 317.
Hirschfeld, M., Das urnische Kind 627.
Hirschl, Über die Behandlung der blennorrhoischen Vulvovaginitis 171.
Hirt, E., Kasuistischer und kritischer Beitrag zur Lehre von der Funktion der Blase und des Mastdarmes 112.
Hirt, W., Vorrichtung zum aseptischen Selbstkatheterismus aufser dem Hause 111.
His 427.
Hitschmann und Richard Volk, Zur Frage der Plazentarsyphilis 58.
Hitzel, Geschlechtskrankheiten, Alkohol und Nervensystem 452.
Hochsinger, Studien über hereditäre Syphilis. II. Teil: Knochenerkrankungen und Bewegungsstörungen bei der angeborenen Frühsyphilis 287.
Hock, A., Ein Fall von hartnäckiger Incontinentia urinae durch Paraffininjektion geheilt 113.
*Hodara, M., Zwei Fälle von Verbrennung mit Unnaschem Chloral-Camphor-Salbenmull behandelt 275.
— 257. 263. 264. 266.
Hönigschmidt, Das Nafalan (Retortenmarke) und seine therapeutische Anwendung 255.
— Dermatotherapeutische Erfahrung mit Thigenol „Roche“ 256.
Hoerning, Berufsgeheimnis 118.
Hoffa 281. 466.
Hoffmann, A. 281. 288.
Hoffmann, Friedrich 314.
Hoffmann, R., Über einen Fall von malignem Plasmom 196.
— 136. 331.
Hofmann, Karl, Blennorrhoische Allgemeininfektion und Metastasen 169.
— 412.
Holländer, E., Zur Verbreitung der venerischen Krankheiten 555.
— 187. 231. 389. 445.
Hollborn 378. 379. 431. 437.
Hollstein 14.
Holth 465.
Holzknecht 81. 95. 281. 565.
Homburger, August, Über spinale und cerebrale Störungen der Harnblaseninnervation und die Pflege der Inkontinentia 113.
Van Hook 633.
Hopf, Referate 23. 24. 34. 37. 47. 64. 104. 106. 145. 161. 174. 211. 236. 246. 300. 302. 356. 357. 394. 403. 404. 408. 409. 453. 460. 467. 468. 503. 509. 510. 513. 516. 519. 524. 554. 555. 557. 568. 569. 570. 573. 574. 575. 576. 580. 610. 614. 620. 624. 627. 634. 635. 636.
Hopmann, E., Über Penisamputation 108.
— Weitere Mitteilungen über Bardenheuers Hypospadieoperation 108.
Hoppe-Seyler 544.
Horder 355.
Horovitz 138.
Howard, W. L., Sexuelle Perversität in Amerika 459.
Hrach, Rhinosklerom post trauma 88.
v. Hübenet 596.
Hültl, H., Über Epididymektomie wegen Tuberkulose 153.
Huie und Jamieson, Das erythrodermische Stadium der Mykosis fungoides und die Wirkung der X-Strahlen 557.
Hunter 316.
Hutchinson, J., Lepra 43.
— Diskussion über die Lepra 406.
— 61. 343. 400. 407. 515. 595. 597.

Hutinel, Syphilitische Ulceration bei Neugeborenen 199.
Hyde, J. N., Die Vergänglichkeit des Wortes „Ekzem“ 239.
— 186.

Jaboulay, Essentielle Incontinentia urinae, behandelt mit retrorektaler Injektion von physiologischer Kochsalzlösung 280.
Jacob, J. H., Ein neuer Obturator für das Urethroskop 107.
Jacobi, E., Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluſs der wichtigsten venerischen Erkrankungen usw. 82.
— 360. 488.
Jackson, G. Th., Trichophytie 83.
— Die Entfernung von Warzen, Mälern und anderen kosmetischen Fehlern des Gesichts 455.
Jacquet, M. L., Über hundert Impfversuche mit Alopecia areata 620.
Jadassohn, Zur Statistik der tertiären Syphilis. Antikritische Bemerkungen 58.
— 16. 58. 284. 277. 335. 402. 403. 409. 410. 420. 421. 464. 547. 587. 589. 593. 597. 601. 620.
Jahn, E. R., Lokale Asphyxie und symmetrische Gangrän Raynauds 290.
Jakobsohn und Jeanselme, Die Lepra in Jerusalem 25.
Jakowlew, Zur Kasuistik der kryptogenen Syphilis 205.
Jakuschewitsch, Über die Widerstandskraft der Erythrocyten bei Syphilis 205.
Jamieson und L. H. Huie, Das erythrodermische Stadium der Mykosis fungoides und die Wirkung der X-Strahlen 557.
Janet 33. 109. 185. 211. 338. 457. 556.
Janovsky 205.
Jansen 198.
Jarvis 395.
Jasuyou 345.
Jeanselme, E., Cours de dermatologique exotique 35.
— Die Primäraffekte am Kinn 468.
— Diagnose und Behandlung der Syphilis bei exotischen Völkern 566.
— 420.
— und Jakobsohn, Die Lepra in Jerusalem 25.
Jesionek, Über die tuberkulöse Erkrankung der Haut und Schleimhaut im Bereiche der äuſseren weiblichen Genitalien, und die Beziehung der Tuberkulose zur Elephantiasis vulvae 409.
— und Tappeiner, Therapeutische Versuche mit fluoreszierenden Stoffen 251.
Jessner, Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung 506.
Jessner, Die Syphilis. II. Teil: Therapie 507.
— Die Syphilide 519.
— Referate 20. 21. 45. 50. 51. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 62. 87. 88. 89. 92. 93. 94. 95. 99. 103. 104. 105. 109. 110. 114. 115. 117. 151. 155. 156. 158. 159. 160. 165. 171. 172. 174. 208. 209. 211. 212. 247. 253. 255. 286. 288. 289. 294. 301. 407. 589.
— 512. 528.
Imbert, L., Die Cystoskopie: Technik und Indikationen 107.
— Elektrisches Element zur medizinischen Beleuchtung 233.
Immerwahr 331.
v. Ins 265.
Jodlbauer 251.
Johannsen, O., Über präperitoneale Flüssigkeitsansammlungen bei Rupturen der Harnwege 106.
Johnson, A. B., Einige Fälle von Prostatektomie, nach einem gewissen Zeitraum beobachtet 159.
Johnson, W. L., Ein Fall von syphilitischer Epiphysitis 56.
Jolly 288.
Jonce, B. 162.
Jones, L., Diskussion über die Behandlung maligner Geschwülste mit X-Strahlen 95.
— Über eine der fettigen Metamorphose analoge Degeneration des elastischen Gewebes 246.
Jordan, Arthur, Beiträge zur hereditären Spätsyphilis 59.
— Referate 45. 53. 56. 64. 77. 196. 160. 173. 211. 388. 526.
Jordan, M., Zur Pathologie und Therapie der Hodentuberkulose 446.
Jorissen 427.
Joseph, M., Der Einfluſs der Bakteriologie auf die Dermatologie 556.
— 109. 110. 196. 202. 403. 548.
Jousset 154.
Isaac, H. 14. 58.
Ishiaghi 358.
Isla 232.
Israel, O. 281. 306. 310. 311. 378. 628.
Jürgensen 302.
Jullien, L., Ein Fall von syphilitischer Erkrankung des Magens 149.
— Syphilis nodosa und Gefäſserkrankungen 396.
— 404.
Juliusberg 17.
Justus, Bemerkungen zu den Arbeiten von Oppenheim und Löwenbach über Blutuntersuchungen bei Syphilis, und Erwiderung auf die vorstehenden Bemerkungen 516.
Justus 139.

Iwasaki und Yamada, Bakteriologische Untersuchungen des Nasensekretes bei den Leprösen 349.
— — Über die Lokalisation der leprösen Hautveränderungen 349.

Kade, Kurpfuscherei und Geschlechtskrankheiten 235.
Kaku, K., Über die therapeutische Bedeutung der Exzision des syphilitischen Primäraffekts 526.
Kalinderow 293.
Kalteyer und T. C. Wilson, Sarcomatosis cutis 613.
Kaminer und Senator, Krankheiten und Ehe 466.
Kammerer, F., Erfahrungen mit perinealer Prostatektomie 158.
McKane, Der Harnröhrentripper 460.
Kano, Über die Wirkung von Thiosinamin mit Krankenvorstellung 349.
— Demonstration einiger Pemphigusfälle 349.
— 349.
Kaposi, M. 83. 135. 137. 215. 217. 224. 225. 226. 227. 228. 231. 241. 402. 403. 441. 445. 446. 473. 480. 482. 548. 556. 585. 612. 613. 621.
Kapsammer, Über Enuresis und ihre Behandlung mittels epiduraler Injektionen 114.
Karczewski 111.
Karlinski, J., Zur Bakteriologie der Lepra 407.
Karo, W., Zur Frage der funktionellen Nierendiagnostik 338.
Kassabian, Die Röntgenstrahlen in der Therapie 250.
Kassowitz, M., Vererbung der Syphilis und plazentare Übertragung der Variola 60.
Katayama 348.
Katz, A. 609.
Katzenellenbogen, Referate 299. 528. 628. 630. 634.
Katzenstein, G. P., Ekzembehandlung 572.
Kaufmann, R., Zur Behandlung circumskripter periurethraler blennorrhoischer Infiltrate mit Röntgenstrahlen 283.
— 465.
Keller, H., Die physiologische Wirkung des Solbades und des kohlensäurehaltigen Solbades 253.
Kellog 257.
Kennedy, Tripperrheumatismus 557.
Kerner, E., Vorübergehende Harnverhaltung infolge von Parese des Detrusor vesicae urinariae 114.
— Ein interessanter Fall von Krampf des Sphinkter vesicae urinariae auf medikamentöser Basis 114.
Kevin, O., Behandlung der gewöhnlichen klinischen Form von Blennorrhoe des Weibes 209.
Key 370.
Kjellberg 19.
Kienbroeck, Über Knochenveränderungen bei blennorrhoischer Arthritis und akute Knochenatrophie überhaupt (mit Röntgenuntersuchungen) 208.
— 282. 391.
Kime, Licht in der Behandlung des Lupus und anderer chronischer Hauterkrankungen 411.
Kinoshita, Ichthargan gegen Blennorrhoe 348.
— Beiträge zur Behandlung von Ulcus molle und Bubonen 348.
— Statistik der venerischen Krankheiten bei den Prostituierten im Yoshiwaraspital in Tokio 349.
Klauber, O., Über Schweifsdrüsentumoren 614.
Kleffel 288.
Klemperer, Felix 288.
Klemperer, G. 66. 71. 74.
Klimeck, V., Zwei Fälle von Urethritis membranacea 634.
Klingmüller, V., Zur Wirkung abgetöteter Tuberkelbazillen und der Toxine von Tuberkelbazillen 48.
— Besondere Fälle von atrophierender Alopecie 103.
— Beiträge zur Tuberkulose der Haut 500.
Klotz, Dermatologie als Spezialität und die praktischen Ärzte 528.
— Ein Fall von chronischer, symmetrischer, diffuser Hyperämie der Extremitäten (Erythromelie) 559.
— 186.
Koch, R. 184. 195. 409. 411.
Kocher 418.
Köbner, H., Über die letale Behandlung der Syphilis und speziell über den therapeutischen Wert des Quecksilbers als lokales Antisyphilitikum 62.
— 141. 231. 473.
Kögl, Über die Verwertung des Stypticin in der urologischen Praxis 453.
*Köhler, Weitere Beiträge über die Wirkungsweise des Hexamethylentetramin (Urotropin) 426.
Köhler, A., Lues — Arteriosklerose 52.
Kölliker 363. 538.
Koeppe 309. 434.
Kohler, Stellung der Rechtsordnung zur Gefahr der Geschlechtskrankheiten 22.
Kojima, Demonstration des Ducreyschen Bacillus im Gewebe des weichen Schankers 348.
Kokubo, K., Über die kongenitale Syphilis der Nebennieren 515.
Kolbassenko, Thiolum liquidum bei Pocken 354.

Kolle 45.
Kollmann 489.
Komoto, Über das Gumma der Augenhöhle 348.
Koplik 302.
Kopp, Das Geschlechtliche in der Jugenderziehung 452.
— 170.
Koppel 27.
Kopytowski, Zur pathologischen Anatomie des Herpes progenitalis 191. 335.
Kornfeld, Gonorrhoe und Ehe 408.
Kossel 46.
Kossmann 467.
Kothe, R., Zur Lehre von den Talgdrüsengeschwülsten 190. 384.
Kotowtschikow 40.
Kracht 389.
Krämer 446.
Krafft-Ebing 510. 626.
Kraft, H. 281.
Krajewska, Jahresbericht der Amtsärztin Dr. Th. Krajewska in Sarajevo für das Jahr 1902 118.
Krajewski 111.
Krassnoglasow 468.
Krassnow 137.
Kraus, A., Zur Frage der metastatischen Lymphdrüsenerkrankung beim Rhinosklerom 334.
— 467. 501.
Kraus, O., Kleine technische Mitteilungen 21.
Krause 296.
Krefting 90.
Kreibich 181. 363. 369.
Kretz, Die Anwendung der Bakteriologie in der praktischen Medizin 289.
Kreyser, E. 320.
Krieger, H., Ein Fall von Sklerodermie nach vorausgegangenem Morbus Basedowii 621.
— 72. 73.
Krikortz 181.
Kröber 317.
Kromayer 527.
*v. Krzysztalowicz, Über idiopathische multiple Hautsarkomatose 216.
— Ein Fall von idiopathischen multiplen Hautsarkomen 612.
— 545.
Küsel, A., Über das neue Balsamicum „Gonosan“ 253.
— 137.
Küttner 410.
Kupffer, Über die Verbreitung und Bekämpfung der Lepra in Estland 43.
Kurabayashi 348.
Kure, Ein durch die Feuerwärme bewirktes Hautexanthem bei den Geisteskranken 349.
Kurimoto 348.
Kurita, Über eine eigenartige multiple Hautgeschwulst, ausgegangen von den Haarfollikeln 349.
Kuroda, Beitrag zur Behandlung der Scabies 349.
Kutner 211.
Kyle 525.

Laborie, Über die Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Merkuriolöl 396.
Labusquière, Die syphilitischen Läsionen der Nabelschnur 239.
Lafay, Intramuskuläre Injektionen von Hg aceticum bei Syphilis 200
— Die Jodöle 201. 204. 401. 506.
—, Lévy-Bing und Barthélemy, Intramuskuläre Injektionen von Hg bijodatum 399.
— — — Hg colloidale 401.
Lafitte 285.
Lahmann 441. 442.
Laimbach 449.
Lambkin, Die intramuskuläre Behandlung der Syphilis 63.
Lancereaux 388. 595.
Landouzy 586. 589. 592. 596. 604. 605.
Landry 299. 300.
Landström, Eine neue Operationsmethode der Hämorrhoiden 619.
Lang, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten 464.
— 92. 595. 602. 603.
Langelaan 425. 426.
Langenbuch 484.
van Langendonck, Zur Impfung 356.
Langer 78.
Langevin 414.
Langhans 237. 346.
Langstroth, Über chronische Beingeschwüre 101.
Lanz 389.
Lanzi, Fälle von Rhinosklerom; Kulturen eines Bacillus capsulatus; Einfluß des letzteren auf die Erscheinungen von Fäulnis und peptischer Hydratation 243.
Laskowski, Ein Beitrag zur mechanischen Behandlung der Prostata 161.
Lassalle 303.
— und Dickson, Varioloide, Varicellen auf Trinidad 303.
Lassar, O., Pityriasis rosea 83.
— Über bovine Impftuberkulose 45.
— Über Impfversuche mit Syphilis an anthropoiden Affen 390.
— Über Therapie des Ekzems 447.
— Ernährungstherapie bei Hautkrankheiten 449.
— Über Therapie des Ekzems 571.
— 48. 102. 137. 231. 360. 403. 444. 473. 483. 505. 512. 572. 597. 598. 599.
Lauda, Th. 315. 319. 320. 384.

Launois 156.
Lauterbach, Ein Fall von Nierensyphilis 523.
Laxahansky 32.
Lazarus 208.
Lazzaro, Die Behandlung der Variola mit dem Tachyol 39.
Leaf, C. H., Über einen durch Exzision behandelten Fall von Lupus der Stirn und des rechten Armes und Ellenbogens 412.
Lebet, Über pyämische Hautentzündungen 276.
Lebret, G. 506.
Lecornu 415. 421.
Ledermann, R., Über Hetralin, ein neues Hexamethylentetraminderivat 20.
— Multiples hämorrhagisches idiopathisches Hautsarkom 231.
— Beleuchtung eosinbestrichener Lupusstellen 231.
— 257. 421. 466. 502.
Legueu, Pathogenese und Behandlung der Urogenitaltuberkulosen 107.
— Der subsymphysäre Schnitt beim Weibe, ausgeführt behufs Extraktion gewisser Fremdkörper aus der Blase 279.
Lehmann, H., Blennorrhoe im Wochenbett 501.
Lehmann, W., Referate 50. 55. 58. 83. 86. 97. 155. 580. 619. 620. 622. 623.
Leistikow 258. 262. 264. 268. 269. 512.
Leloir 271. 457. 604.
Lemierre 584.
Lenglet 284.
— und Paul Delaunay, Ein Fall von Larva migrans 396.
Leoni 358.
Leredde, Trichophytin und Tuberkulin 80.
— Interne Behandlung der Hautkrankheiten 82.
— Die innere Behandlung der Hautkrankheiten 149.
— Die Frage bezüglich der bullösen Hämatodermatitiden und die dermatologischen Klassifikationen 149.
— Pathogenese und Klassifikation der bullösen Dermatosen. Die Bedeutung der Eosinophilie für die Pathologie dieser Affektionen 149.
— Die interne Behandlung der Hautkrankheiten 240.
— Die Reform der Dermatologie und der dermatologische Unterricht 396.
— Über einen Fall von akuter rezidivierender Ekzematisation der unbedeckten Hautpartien. Pathogenetische Studie 398.
— Therapie der Hautkrankheiten 511.
— Brocqs Ideen über die dermatologische Klassifizierung. Die Frage bezüglich der „Hautreaktionen" 564.
Leredde, Die Frage bezüglich der „Übergangsformen" 565.
— 481. 523. 526. 585.
— und M. Pautrier, Der gegenwärtige Stand der Radiotherapie bei den Hautkrankheiten 81.
— — Ein Fall von Syphilis mit Manifestationen in den Knochen, Gelenken und in der Haut, sechs Jahre lang mit Tuberkulose verwechselt. Stellung der Diagnose auf Grund des Erfolges einer versuchsweise eingeleiteten antisyphilitischen Behandlung 240.
— — Über einen Fall von multiplen, geschwulstähnlichen, aus Aknepusteln hervorgegangenen Keloiden 565.
Lesser, E. 135. 136. 231. 331. 400. 547.
Lesser, Fr., Zur Kenntnis und Verhütung des Jodismus 254.
— Atrophie des Zungengrundes 332.
— Über die sogenannte „glatte Atrophie der Zungenwurzel" und ihr Verhältnis zur Syphilis 521.
— 232. 547.
Leube 87. 288. 465.
Leven, L., Kurze Mitteilung zu dem Falle von Sklerodermie 390.
— 420. 421.
Lévy-Bing, Intramuskuläre Injektionen von Hg aceticum bei Syphilis 200.
— 568.
— Barthélemy und Lafay, Intramuskuläre Injektionen von Hg bijodatum 399.
— — Hydrargyrum colloidale 401.
— — Die Prokorowsche Methode der Syphilisbehandlung 399.
Leviseur, F. J., Das klinische Aussehen und die Behandlung einiger Nagelaffektionen 618.
Lewandowski, A., Über Thiosinamin und seine Anwendung 290.
Lewinski 366.
Lewin 115. 185. 429.
Lewis, B., Ein Überblick über Anatomie, Physiologie und Pathologie der Urogenitalregion 34.
v. Leyden, Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik 288.
— 466.
Lie, H. P., Bericht des Leprahospitals (Pleiestiftelsen Nr. 1) in Bergen über die Jahre 1899—1901 27.
— 34.
Liebe, Jacobsohn, Meyer, Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege 288.
Liebermann 541.
Liefschütz 468.
Lilienthal, Lichen planus-Eruption 134.
— Epidermolysis bullosa 231.
Lindwurm 596.

Lion, A., Zur Frage des gleichzeitigen Auftretens von Fruchtzucker und Traubenzucker im Harn 167.
Lipman-Wulf, Zur Frage der Beziehungen zwischen Psoriasis und Gelenkaffektionen 142.
Lissauer, G., Beitrag zur Statistik der tertiären Syphilis 58.
Litten 295.
Littré 68. 79. 547. 634.
Loeb, H., Statistisches über Geschlechtskrankheiten in Mannheim 144.
Löffler 371.
Lösch, Prostitution und ihre volkswirtschaftliche Bedeutung 452.
Loewald, A., Referate 28. 41. 43. 44. 47. 91. 161. 163. 166. 167. 245. 247. 248. 249. 297. 298. 299. 301. 353. 355. 359. 408. 409. 411. 451. 515. 517. 519. 520. 521. 523. 524. 525. 566. 568. 571. 573. 577. 578. 579. 611. 612. 615. 616. 617. 622. 623. 625. 629. 631. 633.
Loewenbach, Die gummöse Erkrankung der weiblichen Urethra 286.
— 402. 516.
— und Oppenheim, Beitrag zur Kenntnis der Hautblastomykose.
Löwenfeld 74.
Löwenheim 230.
Löwy, Karl, Über zwei Fälle von Antipyrinexanthem 194.
Lofton, L., Multiple Schanker bei Negern 34.
— Eine improvisierte Methode der Varicocele-Operation 154.
Lohk 27.
Lohnstein, H., Einige Erfahrungen über Gonosan 211.
Looft 27.
Lorand, Beitrag zur Pathologie und Therapeutik des diabetischen Pruritus vulvae 623.
Lortet 174. 241. 411. 444.
Lotin, Ein Fall von primärem Melanosarkom des Augenlides 97.
— Zur Frage der gummösen Geschwülste der Sclera 525.
Loumeau, E., Totale transvesikale Prostatektomie vom suprapubischen Blasenschnitt 395.
Low, Über Filaria perstans 359.
Lucas, R. C., Orchitis bei Influenza 152.
Luciani 413.
Lucke, R., Die Bedeutung des Abschlusses der hinteren Harnröhre gegen die vordere für die Praxis der urethralen Injektionen 634.
Lüthje 107.
Lücke 290.
Lugarsky 541.
Luithlen, Die Zellgewebsverhärtungen der Neugeborenen (Sclerema oedematosum, adiposum und Sklerodermie 286.
Luithlen 141.
Luke, Heilung einiger Fälle von Hydrocele durch Jodin-Karbolsäureeinspritzungen 34.
Luksch, F., Mifsbildung an den Vas deferentia 155.
Lund 611.
Lurjé, J., Spermatocystitis als Komplikation der Blennorrhe 205.
Lustgarten 202. 308. 376.
Luys, Diagnose und Behandlung der chronischen Urethritiden 634.
Lyle, Die Behandlung des vesikulösen Ekzems 571.

Mc Donald, Eine diagnostische Prüfung von 150 Leprafällen 407.
Macgregor, Papilläres Cystom am Labium minus 168.
Macintyre, Das Radium und seine therapeutischen Wirkungen 251.
Mackenzie, J. M., Eine Untersuchung über die Beziehung der Vaccination zur Kindersterblichkeit und zu akuten Kinderkrankheiten 357.
Macleod, Ein Fall einer eigentümlichen Affektion der Lippenschleimhaut 558.
— und Fox, Pagets Disease des Nabels 338.
Mac Munn, Eine Vorrichtung für die schnellere Heilung der Blennorrhoe 210.
Magni, Über einen Fall von Epithelion des Rete Malpighii der rechten Tränendrüsengegend bei einem zwölfjährigen Mädchen 97.
Magrath, Brinckerhoff und Councilman, Die Ätiologie der Variola 352.
Maguire, Akuter Pemphigus contagiosus der Neugeborenen 145.
Maillefert, Akute Hydrocele und Leistenbruch 153.
Majocchi 258. 631.
Mainzer, Idiopathischer Priapismus, neun Tage persistierend 633.
Maisonneuve 109.
Malassez 462.
Malato und Sanfelice, Epidemiologische Studien über Pocken 304.
Malgaigne 209.
Malherbe, H., Rheumarthritis und Iritis als Begleiterscheinungen einer akuten Blennorrhe 148.
Mallory 309. 313. 380.
Malpighi 191. 365. 366. 367. 370. 495.
Malmsten 321.
Mamurowsky 477. 483.
Manasse, Karl, Die Koplikschen Flecke als Frühsymptom der Masern 302.
Manchot 309.
Mandl, Fälle von Selbstbeschädigung durch Ätzung 29.

Mankiewicz, Kongenitaler Tumor des Orificium urethrae 332.
Mann, Elektrodiagnostik und Elektrotherapie 282.
Manson 256.
Mantella, Klinischer Beitrag zur Kasuistik der mutilierenden Lepra 409.
Mantoux, Hautreaktionen nach Kaffeegenufs 174.
Marburg 113.
Marcus, H., Experimentelle Untersuchungen über das Rückströmen von Harnblaseninhalt 115.
Marcuse 546.
Marcuse, M., Über erweichte Bubonen der Frühlues 52.
Margarin, Hyperkeratosis palmaris bei Kobalterzwäschern 504.
Margulies, M., 200 Fälle von Katheterismus der Ureteren 20.
Marie, P., Über syphilitische spastische Paraplegie 62.
Mack, E. G., Ein neues Urethroskop mit Luftdehnung 629.
Marques, Elephantiasis scroti 580.
Marschalkó, Syphilis und Balneotherapie 526.
— 57. 196.
Marsden, Varioloide Varicellen 303.
Marsh, Über einen durch Röntgenstrahlen symptomatisch geheilten Fall von Mykosis fungoides 88.
Marshall, Syphilis und Heirat 50.
Martin, E., Sterilität durch Verstopfung (Obstruktion) an der Epididymis; Heilung durch Operation 152.
Martin, S. C., Die Absonderung der Leprösen 34.
— Die Finsen-Behandlung 460.
Martinotti 309.
Marumo, Über eine seltene Haarkrankheit 349.
Mason, Neuseeland und die Cook-Inseln, Lepra einst und jetzt 451.
Massanek, Ein Fall von chronischer Werlhofscher Krankheit 295.
Mastri, Die Injektionen von Jodöl bei der chirurgischen Tuberkulose 412.
Matheson, Ein ungewöhnlicher Fall von Intoxikation mit Salicylsäure 360.
Matruchot 175. 176. 177.
Matsura, Die Dickenschwankungen des Kopfhaares bei den gesunden und kranken Menschen 349.
Matthew, Edwin und Elder, Die Elephantiasis und ihre Behandlung 580.
Matzenauer, R., 19. 59. 188. 602.
Mauriac 524. 604.
May 14. 136.
Mayer, G., Über die Prognose der Syphilis 206.
Mayer, Hugo 420. 421.
Mayer, Th., Dariersche Tuberkuliden 330.
Mayer, Th., Lichen planus der Hände, ganz besonders der Handteller 381.
— Wucherungen auf Psoriasisefflorescenzen 381.
— Ekthyma terebrans 546.
— 231. 331.
Meinet und Maurice Péhn, Die Dermatitis polymorpha dolorosa oder Dermatitis herpetiformis Duhring-Brocq beim Kinde 276.
Meissner, P., Beitrag zur Diagnostik syphilitischer Mundaffektionen 51.
— Herpes maculosus squamosus 83.
Melvin, Diagnostische Gesichtspunkte bei Pocken 33.
Mendelsohn, Martin 288.
Mercier 421.
*Merk, Ludwig, Die Verbindung menschlicher Epidermiszellen unter sich und mit dem Corium 361.
— Unerwartet lange dauernde Ölretention in der Harnblase 118.
— Ein Fall von Phosphathidrosis 118.
— und Paul Rusch, Ein „Erythema pustulatum grave (exanthematicum)“ 498.
Merkel, F., Die Krümmung der Pars fixa urethrae 635.
— 604.
Merveille, Die Zwangsimpfung 356.
Merzbach, G., Die Lehre von der Homosexualität als Gemeingut wissenschaftlicher Erkenntnis 501.
Metscherski, Atrophia cutis idiopathica 389.
— Elephantiasis scroti et penis 389.
— 77. 78. 137.
Metschnikoff 203. 388.
— und Roux, Syphilis beim Affen 201. 505.
Mettler, Syphilis als eine Ursache von Chorea 51.
Metzner 281.
Meyer, Fritz, Fall von blennorrhoischem Panaritium 15.
— Über chronische Blennorrhoe und Gonokokkennachweis 169.
— Über die Entstehung der Glatze 103.
— 103.
Mewborn und Fordyce, Eine unbestimmte Hautinfektion 198.
*Mibelli, V., Über einige Fälle von Neurodermitis chronica linearis 413.
— Die Blennorrhoe und ihre soziale Gefahren 168.
— 309. 532.
Michaelis, L. 119. 126. 131. 306. 371. 375. 376. 377. 378. 430. 432.
Michailow 389.
Michalovitch, Die Vulvovaginitis der kleinen Mädchen 171.
Michelsen, Idiopathische Orchitis 232.

Micucci, Vaginitis erythematosa syphilitica 525.
Mikulicz 88. 334.
Minkowski 71.
Milian, G., Über die Natur der Tabes 398.
Millaut, Vergiftungen durch Pikrinsäure 148.
Miller, A. C., Über Furunkulose 89.
Miller, C., Circumcision bei entzündlicher und Schanker-Phimose 557.
Miller, J. C., Ein Fall von Pemphigus neonatorum, vergesellschaftet mit einer Allgemeininfektion von Staphylococcus pyogenes 86.
— 576.
Miskhailoff, Über einen neuen Apparat zur Sterilisierung der elastischen Katheter 278.
Mitchell 298.
Miyata, Demonstration einer Dermoidcyste, entstanden aus der grofsen Fontanelle 349.
Moberg, Ludwig, Lichen planus 16.
— Acrodermatitis chronica atrophicans 17.
— Rezidivierender Zoster 181.
— Maligne Affektion am rechten Handrücken 182.
— Lupus pernio 183.
— Anthrasol 184.
— Lichen ruber verrucosus 185.
— Referate 16. 180. 332.
— 18. 181. 182. 334.
Möller, M., Lupus follicularis disseminatus 16.
— Ausgebreiteter Gesichtslupus 16.
— Keratoma hereditarium palmare et plantare 18.
— Fall von Lichen planus der Extremitäten 18.
— Psoriasis nummularis et crustosa und chronischer Muskel- und Gelenkrheumatismus 18.
— Dermatitis herpetiformis 180.
— Erythema multiforme 183.
— Impetigo contagiosa bullosa 183.
— Lupus erythematodes im Gesicht und gleichzeitig papulo-nekrotische Tuberkulide 184.
— Lupus erythematosus des harten Gaumens 332.
— Antipyrinexanthem 333.
— Epitheloide Hauttumoren 333.
— 18. 19. 181. 182. 183. 184. 397.
— und Afzelius, Dermatitis nodularis psoriasiformis (Jadassohn), s. Parapsoriasis (Brocq) 16.
Mohr, H., Das Narbencarcinom 610.
Mohilla 281.
Momose, Über die Therapie der Blennorrhoe 348.
Monneyrat 401.
Monsarrat, Die Ätiologie der Neoplasmata 94.
Montesano, Die Lymphdrüsen bei einigen Krankheiten mit Hautveränderungen 246.
Montgomery, D. W., Über Leukoplakie bei sekundärer Syphilis 52.
— Vitiligo behandelt mit Finsen-Licht 228.
— Tuberöses Jodkaliumexanthem, das histologisch ein Epitheliom vortäuscht 340.
— 189. 245.
— H. Morrow und Ryfkogel, Ein weiteres Beispiel von einem durch einen Pilz bedingten Leiden 187.
Montgomery, F. H., Der gegenwärtige Stand der Phototherapie 197.
Monti, Die wichtigsten Hauterkrankungen im Kindesalter 607.
De Montyel, Die Hyperhidrosis bei Paralyse 624.
Morel-Lavallé 195.
Morgagni 68. 489. 634.
Morgan und Barnard, Die physikalischen Faktoren bei der Lichttherapie 247.
Mori, Statistik über Ulcus molle bei den Prostituierten 347.
— Über die Blennorrhoe des Uterus 349.
Morita 348.
Moriyasu, Ein Beitrag zu den Bromexanthemen 345.
Morley und G. H. Ransome, Ein Fall von akutem, bullösem Ausschlag bei einem Schlachter 86.
Morris, H., Einige Arbeiten über die Pathogenese des Krebses 609.
Morris, Malcolm 360.
Morrow, H., Eine Pilzkrankheit 187.
Morrow, J. E., Neubildungen in der Harnröhre des Mannes, Anführung von drei Fällen 110.
Morrow, P. A., Syphilis und Ehescheidung 516.
Morvan 285. 409.
Mosauer, Über die Wirkung des Diuretin und Agurin auf die Harnwege 107.
Moser, P., Die Serumbehandlung bei Scharlach 301.
— 253.
Moser, W., Über eine gewisse Form von Xanthomen oder „pilzförmige Geschwulst“ 99.
Moses 345.
Moses, M. A., Atypische Erscheinungen der Ichthyosis 340.
Mosler 288.
Mosso 428.
Motschulsky 525.
Motz und J. Arrese, Bemerkung über die Harnblasen der „Prostatiker ohne Prostata“ 278.
— und Bartrina, Beitrag zum Studium der perinealen Abszesse und der diffusen Phlegmonen urethralen Ursprungs 78.
— und Hallé, Zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparates 395. 560.

Mouchet, A., Angeborene Hypertrophie des linken Beines und der linken Skrotalhälfte 614.
Mračeк, Handbuch der Hautkrankheiten, 11. und 12. Abteilung 402.
— 414. 605.
Müller, C., Referate 39. 42. 46. 54. 56. 85. 87. 93. 98. 102. 103. 110. 152. 153. 155. 158. 160. 163. 169. 173. 208. 209. 212. 242. 243. 244. 274. 294. 298. 303. 358. 409. 412. 426. 457. 458. 518. 520. 532. 573; 575. 612. 625. 632. 635. 636.
— 141.
Müller, Fr., Ein Beitrag zur Kenntnis der Hyperhidrosis universalis 623.
Müller de la Fuente, Über Impotenz, deren Ursachen und Behandlung 150.
Müller, L. R., Über eine angeborene seltene Hautveränderung 106.
— 112. 113.
Müller, O., Beitrag zur Entstehung des sogenannten Verandageschwürs des Anus 140.
Müller 361. 365 (sche Flüssigkeit 534. 550).
Müller 155 (scher Gang).
Müllern-Aspergen, Galvanokaustischer Brenner 184.
— Chronisches Oedema glandis 184.
— Multiple Keloide 332.
— Chronisches Ödem der Genitalorgane 332.
Munk, J., 70.
Munter, S. 441.
Murray und Bashford, Carcinom im Tierreich 608.
Mursin 78.

Nabokoff 37.
Nagel 303.
Nakahara, Einige Fälle von Morbus Werlhofii 349.
Nakamura, Über die Behandlung von Ulcus molle 348.
Napalko 388. 389.
Narco 400.
Nasarow 40.
Nash 151.
Navy, Phototherapeutischer Apparat 238.
Neisser, A., Ist die Syphilis heilbar? 49.
— Inwieweit können die Krankenkassen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beitragen? 235. 393. 502.
— Wann dürfen Geschlechtskranke heiraten? 453.
— 14. 17. 80. 144. 403. 421. 429. 466. 506. 507. 552. 567. 594. 601.
Nelaton 12. 165.
Nenski 265.
Neudoerfer, A., Ein Fall von Incontinentia urinae 109.
Neumann, J., Über tertiäre Syphilis 56.
Neumann, J. 87. 344. 402. 514. 527. 594. 595. 599. 600. 608.
Neumann 134.
Neusser 294.
Newman 636.
Nichols 611.
Nicolaier 427. 429.
Nicolich, G., Die totale perineale Prostatektomie zur Behandlung der Prostatahypertrophie 158.
— Einfaches Verfahren zur Trennung des Urins der beiden Nieren 395.
v. Niessen 195.
Nikiforow 389.
Nikolski 582. 583.
Nishimura, Ein seltener Fall von Lymphangitis in Komplikation mit strichförmiger Hauterkrankung 335.
Nissl 297.
Nitze 162.
Nocht 119. 288.
Noeggerath 403. 554.
Noire und Sabouraud, Die durch Kryptogamen hervorgerufenen Krankheiten der behaarten Kopfhaut und die Röntgenstrahlen 565.
Northrup, Hautveränderungen in Verbindung mit raschem Knochenwachstum-Liniae albicantes 246.
Nyman 321.

Oberländer 107. 211.
Oberst 573.
Ödmansson 19.
Oertel, M. J. 288.
Oewre 19.
Ogilvie, G., Die parasyphilitischen Erkrankungen 504.
— Über Parasyphilis 520.
Ohmann-Dumesnil, Die Behandlung der Lepra 405. 409.
— 579.
Okamura, Die Verbreitung der venerischen Krankheiten 346.
— Ein Fall von Hyperkeratosis subungualis 349.
— 348. 349. 620.
Ono, T., Die Geschichte der Alopecia areata 345.
Oppenheim, M., Über eine eigentümliche Form der Hautatrophie bei Lepra (Dermatitis atrophicans leprosa universalis) 191.
— 421. 516. 574.
— und G. Löwenbach, Über Hautblastomykose 499.
Oppenheimer, Girolamo Fracastors Gedicht von der Syphilis oder von der Franzosenseuche 289.
Oreline, Enuresis nocturna behandelt mit Urotropin 114.

Orillard 276. 277.
Ormsby 576.
Orlow, W., Die Behandlung der blennorrhoischen Erkrankungen des Uterus mit Protargol 172.
Orth 46. 467.
Orven 151.
Osler, W., Chronische Cyanose mit Polycythämie und Milsvergrößerung; eine neue klinische Einheit 291.
— Ochronosis: Pigmentbildung der Knorpel, der Sklera und der Haut bei Alkaptonurie 617.
— 298.
Ostheimer, M., Ein Fall vermutlicher Gummibildungen in der Leber bei einem sechsjährigen Kinde 524.
Otis und Evans, Die Morphologie und Biologie des Parasiten von einem Falle allgemeiner Blastomykose 576.
Oudin 282.
Oviedo 232.
Ozenne, Ein neuer Fall von Metrorrhagie syphilitischen Ursprungs 506.

Pacini 189.
Pacyna, Referat 545.
Pagel 509.
Pages, P., Prostatektomie wegen vollständiger Harnretention und erschwertem Katheterismus 160.
Paget 338. 339. 495. 496.
Pal, Paroxysmale Hämatoporphyrinurie 166.
Palm, Idiopathische Hautatrophie 14.
— Pityriasis rubra pilaris 136.
— 136.
Paltauf 253 602. 603. 604. 605.
Panek und Feuerstein, Über Chylurie 164.
Paoletti 428.
Papakosta, Ein Fall von gleichzeitiger Urticaria und Malaria 292.
*Pappenheim, A., Über den Chemismus der Elastinfärbung und des Elastins, sowie das spezifische Prinzip der Elastinfarbstoffe 305. 371. 430.
— 14. 136. 306.
Paquelin 359.
Parrot 287.
Parry, Mitteilung über einen Fall von Urinverhaltung infolge von wahrscheinlich traumatischem Verschluſs des Meatus urethrae 108.
Pascale, Die Synorchidie bei den konservativen Operationen des Hodens 152.
Pastoors 584.
Paton, Syphilitische Erkrankungen der Gelenke 525.
Pautrier, Der gegenwärtige Begriff der Tuberkulose. Die atypischen Hauttuberkulosen 243.
Pautrier, Les tuberculoses cutanées atypiques (Tuberculides) 460.
— Über die tuberkulöse Natur des Lupuskeratoms und über familiäre Tuberkulide 499.
— 511.
— und Leredde, Die Radiotherapie der Hautkrankheiten 81.
— — Multiple, geschwulstähnliche, aus Aknepusteln hervorgegangene Keloide 565.
Pawloff 389.
Pawlowsky, Über Rhinosklerompolypen und über eine Experimentalmethode der Diagnostik des Rhinoskleroms 88.
Pearson, E., Kaliumpermanganat bei Lupus 412.
Pechère und Warlomont, Zur Impffrage 357.
Pečirka 424.
Pedersen, J., Die jüngsten Fortschritte in der Chirurgie des Harn-Genitalapparates 628.
Péhn und Meinet, Dermatitis polymorpha dolorosa 276.
Peiper 288.
Pelagatti, Über einen Fall von Lupus der Zunge 457.
— 215. 482. 483.
Pellizzari 596.
Pennington, Die Behandlung des Pruritus ani durch Röntgenstrahlen 633.
Pentzold 464.
Pernet, G. 86. 360.
Perrin 215.
Personne 201.
Petrini de Galatz 604. 605.
Peyer, A. 73. 502.
Pezzoli, C., Über Mercuro-Crême 256.
— und Porges, 12000 Fälle von Haut- und Geschlechtskrankheiten 285.
Pfeiffer, H., Über Bakterienbefunde in der normalen Urethra des Mannes und den „Syphilisbacillus“ Max Josephs 109.
— Über die Bakterienflora der normalen Harnröhre von Männern 552.
Pfeiffer, L., Die modernen Immunitätslehren und die Vaccination 356.
Philippi, Referate 33. 36. 38. 41. 44 54. 56. 61. 83. 86. 88. 100. 109. 110. 116. 117. 150. 155. 156. 159. 161. 162. 164. 170. 189. 210. 239. 245. 247. 256. 292. 295. 289. 299. 300. 301. 303. 304. 345. 352. 354. 355. 357. 358. 359. 360. 412. 447. 456. 464. 502. 504. 508. 520. 577. 579. 609. 613. 617. 620. 624. 625.
Philippson, L. 276. 397. 420. 421. 428. 528. 548.
Pick, Carl 327.
Pick, F. J. 196. 465.
Pick, L., und H. Pohl, Über einige bemerkenswerte Tumorbildungen aus der Tierpathologie, insbesondere über

gutartige und krebsige Neubildungen bei Kaltblütern 246.
Pick, W., Über ein eigenartiges lichenoides Exanthem 553.
Pickford 76.
Pielicke 288.
Pierce, Ein Fall von rezidivierendem variolaartigem Ausschlag als Folge von Impfen 38,
Pingler 317. 318. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 438. 439. 440. 444.
Pinkus, Felix, Lichen ruber planus 135.
— Über eine besondere Form strichförmiger Hautausschläge 391.
— Hidrocystoma nasi 546.
— Referate 13. 134. 230. 330. 546.
— 58. 135. 231. 331. 415. 421.
Pinoff, F. 327. 328. 329.
Piorkowski 196. 202.
Pirquet 301.
Pisko, E., Xanthoma tuberosum diabeticorum 105.
Pitt, Coma bei Masern 302.
Plato 80. 81.
Plaut, H. C., Beitrag zur systematischen Stellung der Dermatomykosenerreger 175.
Plehn 246.
Pleniger, A. 318. 322.
Plimmer, Die Theorie eines parasitären Ursprunges des Krebses 610.
— 611.
Plumert, A., Sporadische Fälle von Lepra im Bereiche der österreichisch-ungarischen Monarchie 138.
Plummer, Fall von Fremdkörper in der Urethra 110.
Pluschkin 468.
Polverini, Untersuchungen über den Madurafuſs 575.
Pohl-Pinkus 103.
Polick 544.
Pollatschek, Über Cylindrurie und Albuminurie beim Erysipel 163.
— Neuere therapeutische Versuche beim Erysipel 579.
Poncet 154.
Poór, F., Zur Histopathologie des Lichen planus (Wilson) der Schleimhäute 578.
Porges, Fr., Über nichtblennorrhoische, metastasierende Urethritis 634.
Porosz, M., Ein mit Miktion endender Koitusfall 21.
— Die Behandlung der Abszesse und Bubonen mit Salpeterlösung 92.
— Die Behandlung der venerischen Ulcera und Wunden mit Alumen ustum 141.
— Die Verhütung der Blennorrhoe 453.
Porter, Vorsicht bei Varicocceleoperationen 154.
Posner, C., Härtungs- und Färbungsmethoden von Eiter und organischen Harnsedimenten 14.
Posner, C., Therapie der Harnkrankheiten 82.
— Demonstration von Harn- und Sekretpräparaten 136.
— 66. 67.
Pospelow, Atypische Lokalisation der Psoriasis 136.
— Psoriasis vulgaris universalis 136.
— Radiumstrahlen 444.
— Syphilis der Affen 388.
— Überimpfung der Syphilis auf anthropoide Affen 444.
— 77. 78. 137. 138. 389. 444. 473. 483.
Posselt 410.
Post, A., Multiple Angiome 146.
Powell, M., Formalin bei der Behandlung des Krebses 96.
Powell, S. A., Die Lebensdauer des Dracunculus (Guinea worm) 624.
Pravaz 582.
Preuſs, J., Malum malannum 573.
Prieſsnitz 314. 316. 317.
Priklonski, Phimosis praeputii u. seine Behandlung 78.
Primrose, Die Filariasis und ihre Folgen 256.
Pringle 230. 335.
Privleau, Der Wert des Klimas bei Tuberkulose des Urogenitalsystems 627.
Procopin, G. 294.
Profeta 19. 599.
Prokhorow 399.
Proksch, J. K., 314. 443.
Proust 395.
Purvis, W. P., Bericht über einen Fall von Exstirpation eines Tumors der Prostata wegen Urinretention 156.
Pusey 188.
— und E. W. Caldwell, Die praktische Anwendung der Röntgenstrahlen in therapeutischer und diagnostischer Beziehung 351.
Putzler, Referate 174. 254. 255. 256. 293. 294. 295. 304. 411. 515. 523. 567. 571. 574. 627. 632. 634.

Queyrat 137.
Quincke, Zur Kasuistik der Visceralsyphilis 53.
— 51. 87. 551.

Raab 251.
Rabinowitsch, L., Über eine durch säurefeste Bakterien hervorgerufene Hauterkrankung der Ratten 45.
Rabl, H. 363.
Radaeli, Pemphigus und Pemphigoide 241. 458.

Radey, Vorschläge zur Vereinfachung der Behandlung der Urethritis blennorrhoica und ihrer Komplikationen in unseren Militärspitälern 211.
Raff 57. 58.
Rafin, Klinische Beobachtungen bezüglich des Wertes der lineären Elektrolyse für die Behandlung der Harnröhrenstrikturen 111.
— Ungewöhnliche Form von Lithiasis der Harnblase; Inkrustation der Schleimhaut mit Harnsäure 116.
Rahm-Collm, A., Referate 282. 283. 296. 410. 461. 572.
Ralfe 71 72. 73.
Ransome und Morley, Akuter, bullöser Ausschlag bei einem Schlachter 86.
Ranvier 363, 365. 369.
Raoult, Über den syphilitischen Ursprung der Obliteration der Nase in der frühesten Kindheit 203.
Rasmussen 544.
Rasumowski 21.
Rausch, H., Referate 291. 615.
Ravasini, Einige Betrachtungen über die Behandlung der chronischen Formen der Blennorrhoe 456.
Ravaut 481.
Raven, H. M., Adrenalin bei Addisonscher Krankheit 616.
Ravitch, Eindrücke aus europäischen Kliniken für Dermatologie 360.
Ravogli, A., Über reflektorische Hauteruptionen infolge von Erkrankungen in der Harnröhre des Mannes 633.
— 41. 187.
Raynaud 105. 166. 285. 290. 291. 340. 410. 559. 621.
Razlag 404.
Reckzeh, Das Verhalten der weifsen Blutkörperchen, besonders der eosinophilen Zellen bei einigen Erkrankungen der Haut, des Blutes und bei Infektionskrankheiten 246.
Régnault, Phototherapeutische Behandlung der Variola bei den Chinesen 354.
Reid, A. C., Xanthelasmoidea bei einem Erwachsenen 100.
Reid, J., Einige Faktoren, durch welche exanthematische Dermatosen beeinflufst werden können 245.
— Ein ungewöhnlicher Bläschenausschlag 86.
Reif, E., Pflege der Mundhöhle bei Syphilis und deren Behandlung durch eine Quecksilberkur 502.
Reiss, W., Über die atrophische Form von Lichen planus (Lichen planus atrophicus) 89. 193.
— Multiple Hautkeloide 545.
— Einige Fälle von Lupus vulgaris 545.
— Eine Cowperitis suppurativa 545.
— Lues gummosa maligna praecox 545.
Reiss, W., Lues papulosa lenticularis 545.
— Syphilitische, fluktuierende Geschwüre 545.
— Ulcus rodens faciei 545.
— 229. 545.
v. Reissner, A., Zur Frage der internen Blennorrhoebehandlung 210.
— 27.
Rekowski 265.
Renault, A., Die papulösen Syphilide und ihre Behandlung 51.
— Rheumatische Anlage und Rheumatismus blennorrhoicus 396.
— Die Scabies 83.
Renault, M., Der Alkoholismus bei der syphilitischen Erscheinungen 50.
Remete, Beiträge zur mechanischen Behandlung der Harnröhrenerkrankungen 109.
— Beiträge zur Pathologie der Prostata 155.
Remlinger, Die Masern 302.
Reschetillo, Ist die nervöse oder fleckig-anästhetische Form der Lepra ansteckend? 45.
Retzius 370.
Retzdorff, Über Entzündungen der Haut, welche durch Primula sinensis hervorgerufen worden sind 393.
Revol und Hau, Diphtherische Pemphigien und subepidermische Diphtherieinfektionen 89.
Reyn 174, 241, 242. 411. 444.
Ribbing 283.
Ricard, Ein latero-pharyngealer Abscefs im Anschlufs an einen Furunkel im Nacken 277.
Richter, C. W. A. 320.
Richter, Eduard, Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 196. 337.
Richter, Ichthyosis 546.
Ricci, Urämie infolge von akuter Nephritis nach Masern 303.
Ricord 202. 203. 382. 594. 604.
Ridge, J. J., Guajakol bei der Behandlung der Pocken 38.
Rieder, H., Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie 247.
— Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie 247.
Riegel 288.
Rieger 596.
Riehl 87. 410. 465. 509. 567. 602. 603. 605.
Ries, K., Über Enuresis nocturna 502.
Rille 138.
Rinecker 596. 605.
Rivière, Heilung des Krebses durch die Anwendung der physikalischen Therapie 610.
Roberts, W. O., Fremdkörper in der Harnblase 116.
— Über Elephantiasis 579.

Robin 511.
Robinson, A. R. 188.
Robinson, B., Das proximale Ende des Ureters 460.
Rodd, M., Die Behandlung der Variola mit rotem Licht 354.
Römer 37. 632.
Rörig, R., Die Entwicklung der Urologie 234.
Roethig 372. 378.
Rogers, C. E., Die neue Lichtbehandlung 33.
— Schankerbehandlung mit kombinierter Lichtbestrahlung 458.
— Syphilisbehandlung mit kombinierter Lichtbestrahlung 556.
Rollett 363.
Romanowsky 119. 236.
Romberg 514.
Romme, Die Polymyositis, die Dermatomyositis und die Dermatomucomyositis 574.
Rommel, Über Unguentum argenti colloidalis Credé, seine Anwendungsweise und Wirkung 253
Róna 421. 569.
Rosenbach, O., Das Problem der Syphilis und die Legende von der spezifischen Wirkung des Quecksilbers und Jods 513.
— Über die Heberdenschen Knötchen der Finger 298.
Rosenberg, A., Urticaria nach endonasaler Anwendung von Nebennierenextrakt 292.
— 404.
Rosenfeld, R., und H. Guth, Sklerodermie und Myosklerose 104.
Röser 630.
Rosenquist, Augenblicklicher Stand des Kampfes mit der Syphilis in Rußland 468.
Rosenthal, O., Multiple, neurotische Hautgangrän 546.
— 134. 136. 169. 265. 330. 547.
Rosinski, Über die zeitlichen Grenzen der uterinen Syphilisinfektion 514.
— 514.
Rotch 402.
Roth, E. 288.
Roth, J., Über subunguale Sarkome 613.
Rothschild, S., Die Beziehungen des Ekzems zu Gewebsreaktionen und Änderungen der Konstitution 557.
Roussel 248.
Roux 209. 253. 388.
— und Metschnikoff, Syphilis beim Affen 201. 505.
Rubesch, Umfangreiches Fibrom des Nervus vagus dexter bei Fibromatosis nervorum 99.
Rubin, G., Die Behandlung der Harnröhrenentzündung in akutem, subakutem und chronischem Zustand 556.
Rusch, P., und L. Merk, Ein Erythema pustulatum grave („exanthematicum") 498.
Russel 243.
Russovici 567.
Rutherford 96.
Rutkowski 545.
Rydygier, Die intrakapsuläre Prostataresektion als Normalverfahren bei Prostatahypertrophie 157.
Ryfkogel, Eine Pilzkrankheit 187.

Saalfeld, E., Über Hautjucken 105.
— 14. 330. 331. 502. 537. 538.
Saboia 580.
Sabouraud, Les Maladies desquamatives: Pityriasis et Alopécie pelliculaires 461.
— 175. 176. 177. 276. 277. 284. 571.
— und H. Noire, Die durch Kryptogamen hervorgerufenen Krankheiten der behaarten Kopfhaut und die Röntgenstrahlen 565.
Sabourin 209.
*Sack, A., Zur Kasuistik der Mesotanexantheme 229.
— Einiges über das Palmarkeratom und seine Behandlung 89.
— Zwei Fälle von primärem und isoliertem Lichen ruber planus buccalis 577.
— Referate 205.
— 586. 590. 596.
*Sadger, J., Was lehrt uns die Geschichte der Syphilis-Hydriatik? 313. 382. 437.
Sadikow, Zur bevorstehenden staatlichen Kontrolle über die Leprakranken 44.
Sänger 591. 593. 596.
Sakurane, Beitrag zur Histologie der leprösen Haut 347.
— Referat über die Therapie der Lepra 349.
Saint Martin 525.
Salkowski 162.
Salmon, Paul, Syphilis und Bakteriologie 202.
Samberger, Muskelerkrankung infolge von blennorrhoischer Infektion 209.
Sambon 407.
Samter 473. 483.
Sand 34.
Sandilands, Eine Analyse der Impfstatistik des „Metropolitan Asylums Board" aus den Jahren 1901 und 1902 40.
Sanfelice und Malato, Epidemiologische Studien über Pocken 304.
Sanguineti 596.
Santi, Zur primären tuberkulösen Epididymitis 152.
Sanz, Störungen von seiten des zentralen Nervensystems nach Blennorrhoe 209.
Saphra 303.

Saraceni, Symptomatische Dermatitis infolge von syphilitischer Poliomyelitis 457.
— und Campana, Der Puls bei den tuberkulinisierten Dermopathen 244.
Sarcinelli, Zur Behandlung des Gesichtserysipels 93.
De Sard, Beniquéscher Spülkatheter 563.
Sardou, V., 510.
Sarzien, Zur Frage der Entzündung der Vorsteherdrüse 160.
Sasakawa, Über die Behandlung der Syphilis 347.
— Referat über die Pathologie und Therapie des Ulcus molle 348.
Savariaud, Beweglichmachung der beiden Harnröhrenenden zum Zwecke der Behebung eines Substanzverlustes dieses Ganges 635.
Scagliosi, Beitrag zur Pathologie der Hautverbrennungen. Pathologisch-anatomische und experimentelle Untersuchungen 296.
Scalese, Ein Fall von syphilitischem Fieber nach Ileo-Typhus 520.
Scoutteten 317.
Scriba 348.
Schaarwächter, Reinfectio syphilitica 14.
Schalck, A., Theorien der Übertragung hereditärer Syphilis 515.
Schamberg, Untersuchungen über die Rotlichtbehandlung der Blattern 39.
— Eine Untersuchung des Pustel- und Blaseninhalts bei Blattern 353.
— 579.
Scharff, P., Über die Urosanolbehandlung der Blennorrhoe 212.
Scharlau 322.
Schattock, Die Behandlung der Prostatahypertrophie 160.
Schein, M., Zur Entstehung der Glatze 102.
— Das Wachstum der Haare in der Achselhöhle und der angeborene Defekt der Brustmuskeln 334.
— Bemerkungen zu dem Artikel des Herrn Dr. Meyer „über die Entstehung der Glatze“ 103.
— 103.
— und L. Török, Die Behandlung der Akne vulgaris mittels Röntgenstrahlen 93.
Schenk, Zur Pathologie und Therapie der Unfruchtbarkeit des Weibes 289.
Scheube 138.
Schiele, Über Lupus vulgaris 138.
Schiff, E., Eine seltene Form von Akne, durch Röntgenstrahlen geheilt 93.
Schittenhelm, Tabes incipiens und Syphilis cerebro-spinalis 522.
Schlasberg, Klinische Studien über Blennorrhoe 169.
Schlasberg, Keratoma hereditarium palmare et plantare 181.
Schlechtendahl, Über Nierenentzündung im Frühstadium der Syphilis und deren Behandlung 55.
Schleich 91. 92. 144. 614.
Schlesinger, H., Die geschlechtliche Aufklärung der Jugend 22.
— Die Syringomyelie 286.
— 138.
Schlesinger, W., Zum klinischen Nachweis des Urobilin 167.
Schmidt, H. E., Über Röntgenbehandlung der Hautkrankheiten 391.
Schmidt, Josef 314.
Schmidt, L. E., Die Vibrationsmassage bei der Behandlung der chronischen Prostatitis 160.
Schmidt, Meinhard 600.
Schmiedeberg 255.
Schneider, W., Welche Bedeutung hat die Thompsonsche Zweigläserprobe für die Lokaldiagnose bei Erkrankungen der Harnwege 196.
Schnitzlein 317.
Scholem, G., Über Rheolkugeln, ein neues Hefepräparat zur Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe 212.
Scholtz, W., Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen und konzentriertem Licht 248.
— Vorlesungen über die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Mannes 506.
— 514.
Schrenk-Notzing 626.
v. Schroetter 87.
Schrot 567.
Schücking, A., Hochgradige Hautverfärbung nach Injektion von Nebennierenextrakt 616.
Schüller, M., Über eigenartige Parasitenbefunde bei Syphilis. Ihre Bedeutung für die Entstehung, Diagnose und Ausbreitung dieser Infektionskrankheit bei Erwachsenen und Kindern, sowie für die Beziehungen der Syphilis zu anderen Krankheitsprozessen 50.
Schütz, Versuche über Impftuberkulose 48.
— 46. 309. 363.
Schütze, A., Zur Kenntnis des Jododerma tuberosum fungoides 496.
Schulze, Bernhard, Referate 40. 41. 46. 48. 49. 51. 53. 64. 82. 83. 84. 98. 103. 111. 113. 151. 157. 167. 169. 170. 171. 173. 197. 204. 211. 212. 247. 250. 252. 253. 254. 255. 290. 292. 337. 349. 351. 390. 402. 407. 506. 507. 514. 522. 528. 577. 579. 621. 629. 633.
Schuster, Die Syphilis, deren Verlauf und Behandlung, nebst kurzer Besprechung des Ulcus molle, der Blennorrhoe und des Blennorrhoismus 36.

Schuster, Beitrag zur Herzsyphilis, insbesondere in Verbindung mit Tabes 522.
— 401.
Schwab, Th., Zwei Fälle von ausgedehnten Ulcerationsprozessen an Mund und Genitalien, hervorgerufen durch Diphtheriebazillen. (Subakute Haut- und Schleimhautdiphtherie) 192.
Schwanert 544.
Schwenk, Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe in der Praxis 211.
Schwimmer 138.
Secchi, Histologische Beobachtungen über die infektiösen Granulome 95.
— Über einige ungewöhnliche Fälle aus der syphilopathischen Klinik 517.
— und Serra, Klinische, bakteriologische, hämatologische und histologische Bemerkungen über den chronischen Pemphigus 86.
Sée und Druelle, Akne necrotica des Thorax und des Rückens 278.
— — Ein Fall von Tuberkuliden 278.
Sederholm, Acrodermatitis chronica 16.
— Trichophytia capitis der Kinder 181.
— Fibroma molluscum 182.
— Hyperkeratotische und parakeratotische Hautveränderungen 333.
— Pityriasis rubra pilaris 333.
— 181. 182. 184.
Seduc 411.
Selenew, J., Von den Erkrankungen der selbständigen Talgdrüsen 205.
Sellei 228.
Senator 70. 71. 72. 162. 466.
— u. Kaminer, Krankheiten und Ehe 466.
Sequeira, Weitere Beobachtungen über die Behandlung des Ulcus rodens mit X-Strahlen 96.
Sereni, Mykosis fungoides 393.
Serra, A., Über den Gebrauch der Pikrinsäure bei der Behandlung der Uterusblennorrhoe 212.
— und Secchi, Über den chronischen Pemphigus 86.
Shattock, Ein Fall von lymphatischer Leukaemia mit Purpura 455.
Shearer, F. 420.
Shellmire 579.
Sherrington 413. 424.
Sherwell, S., Bericht über einen Fall von Pellagra 185.
— 189.
Shiwult 137.
Shoemaker, Ein Fall von Knötchen-Lepra 405.
— 406.
Sicard, A., Hautaktinomykose des Fingers 576.
Siegmund 567.
Sights, P., Andere Ursachen für Paralyse als Syphilis 62.
Silex, Argyrosis 134.
— 135.
Sivestrini, Blennorrhoische Polyarthritis Endokarditis und Septikämie 207.
Simeonescu, Klinische Studie über den syphilitischen Icterus 524.
Simon, Oscar 546.
Singer, G., Bemerkungen über syphilitisch-rheumatoide Erkrankungen 56.
— Über luetische Rheumatoide 56.
Sjögren 181.
Sippel, Das Koplikse Frühsymptom der Masern 302.
Skidaehi, Pathologie und Therapie der Cystitis tuberculosa 349.
Skinner 248.
Sloan, Ausschlag an der Vulva im Anschluß an die Vaccination 41.
Smith 343.
Soetber 72. 73.
Sokolow, Fall von Hauttuberkulose 78.
— Pityriasis rubra pilaris 78. 137.
— Knochensyphilis der Zehen 138.
— Rhinosklerom 389.
Solger, F. B., Ein billiges Phantom zum Blasenspiegeln 501.
Sommerfeld, P., Vergleichende Untersuchungen über Antistreptokokkensera nebst einigen Bemerkungen über die Kultur und Virulenz der Streptokokken 253.
Sorrentino, Die Splenomegalie bei der erworbenen Syphilis 54.
— Beitrag zur Behandlung der Harnröhrenruptur 635.
Sourd 348.
Soutter, Zur Technik der Vaccination 359.
Soxhlet 164.
Spangaro, Führt die Unterbindung des Ductus deferens zur Atrophie des senilen Hodens? 155.
Speranski, Apparat von Finsen-Reyn 444.
Spiegel 378.
Spiegler 469. 483. 484.
Sprunk 537.
Squibbs, Bericht über einen Fall von Lähmung der oberen Extremitäten, wahrscheinlich infolge von Diphtherie unter Begleitung eines (septischen) Ausschlags 295.
Ssaweljew, Über den gegenwärtigen Stand der Frage der Schutzpockenimpfung, und einiges zur Therapie der Pocken 40.
Stadelmann 288.
Stallard 76.
Stanziale, Pemphigus vegetans 343.
Starr, A. 413.
Stefanowitz, Beitrag zur Symptomatologie der Pellagra 294.

Stefansky, Eine leprähnliche Erkrankung der Haut und der Lymphdrüsen bei Wanderratten 45.
— 45.
Steiner, J., Über Behandlung schwerer Syphilisfälle mit Jothion 569.
Steinhaus, J., Über chorionepitheliomartige Wucherungen beim Manne 151.
Stelwagon, Impfausschläge 41.
— Ein Fall von Dermatitis repens (Lee), Larva migrans (Crocker), Hyponomoderma (Kaposi) 147.
— 188. 245.
Stenczel, Zur Therapie des weichen Geschwürs und seiner Komplikationen 91.
Stengel, A., Syphilis der Lungen, Lungentuberkulose vortäuschend 522.
Stepanow 389.
Sterling, W., Syphilis der Nieren 523.
Stern, C., Beiträge zur chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritis 234.
Stern, H., Die Zusammensetzung des normalen Prostata-Sekretes 155.
Stern, Referate 39. 42. 47. 48. 52. 56. 62. 90. 97. 100. 102. 104. 107. 108. 110. 112. 116. 151. 152. 154. 155. 157. 158. 159. 161. 166. 168. 174. 210. 246. 250. 256. 282. 285. 301. 338. 352. 360. 406. 454. 516. 522. 573. 579. 580. 608. 614. 620. 623. 625. 627. 628. 629. 633.
— 488.
Sternthal 421.
Steuermark 545.
Stewart, H. J., Beobachtungen über Finsenlichtbehandlung 460.
Stewart, J. C., Eine Studie über die histologischen Veränderungen beim Epitheliom nach Röntgenbestrahlungen 611.
Sticker 45.
Stieda 205. 537. 538.
Stillmann, E. R., Einige Bemerkungen über Skleroma neonatorum 622.
Stintzing 464.
Stoeckel, W., Zur Diagnose und Therapie der Blasen- und Nierentuberkulose bei der Frau 445.
Stoney, Ein Fall von Elephantiasis scroti et penis 93.
Stoss, M., Barlowsche Krankheit (Skorbut der kleinen Kinder) 295.
Stover, Ein Versuch mit X-Strahlen bei Kraurosis vulvae 168.
Strassmann, Artefiziell erzeugte multiple Hautgangrän 13.
— 14.
Strauss, A., Meine Resultate der epiduralen Einspritzungen durch Punktion des Sakralkanals bei Syphilis und den funktionellen Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane 64.
— Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mit Spülsonden 142.
Strauss, A., Über Gleitmittel für Katheter Bougies usw. 501.
Strebel, H., Vorschläge zur Radiotherapie 250.
— Fortschritte in der Lichttherapie 33.
— 198. 281.
Suchow, Molluscum fibrosum 77.
Sugai, Über eitrige Entzündungen im Verlaufe der Lepra, besonders der Knotenlepra 347.
Sundelowitsch 137.
Suter 427.
Suzuki, Über Syphilis im Altertum, speziell in China und Japan 467.
Swiatecki, Verfahren zur aseptischen Einführung weicher Katheter 111.
van Swieten 400.
Syers, Bericht über das gleichzeitige Auftreten von zwei akut entstandenen Hautaffektionen 577.
Szendrö, Ein Beitrag zur Entstehung des Angioma cavernosum 99.

Taenzer, Paul 306. 309. 311. 312. 372. 477. 549.
Tagaki, Ein Fall von Myxödem behandelt mit Jothyrin 349.
Tagushi, Anatomie der inguinalen und subinguinalen Lymphdrüsen 349.
Talma, S., Über Hämaturie 164.
Tanaka, Über Xeroderma pigmentosum mit Krankenvorstellung 349.
Tandler 483.
Tanturri 596.
Tarnowsky 525. 600.
Tappeiner 251.
— und Jesionek, Therapeutische Versuche mit fluoreszierenden Stoffen 251.
Tavel 253.
Teich, J. B., Ein neuer, einfacher Impfschutzverband 41.
Teissier 71. 72.
Tenderich 495.
Terada, Statistik der venerischen Krankheiten bei den Prostituierten im Syukispital in Tokio 349.
— 348. 349.
Terrien, A., Die Nierensyphilis 54.
Terson, Die dermatologische Klassifikation der Blepharitis ciliaris 85.
Terwagne 356.
Theisen, Ein ungewöhnlicher Fall von Nasensyphilis bei einem Kinde, und eine Betrachtung über syphilitische Nasentumoren (Syphilomata) 521.
Thibierge, G., Über das Ulcus durum des Collum uteri und über seine ulceröse Form, sowie seine mögliche Verwechslung mit dem Epithelioma uteri 396.
— 420. 421. 481.

Thiem 288.
Thierfeld, R., Über Lithiasis bei Kindern 117.
Thiersch 296. 609.
Thimm, P., Ein Fall von Skorbut mit einigen bemerkenswerten Hauterscheinungen 20.
— Hypertrophie und multiple Cystadenome der Schweifsdrüsenknäuel 494.
Thompson 196.
Thompson, W. G., Über anfallsweise auftretende Hämaturie (Hämaglobinurie a frigore) 165.
Thomson, R. S., und John Brownlee, Weitere Beobachtungen über die Behandlung der Pocken mittels des Serums von immunisierten Kälbern 38.
Thomson, W. H., Einige Betrachtungen über Erkrankungen des Urogenitalapparates vom Standpunkte des allgemein praktischen Arztes aus 625.
Tichonowitsch, Veränderungen des Kehlkopfes 78.
— Röntgenaufnahmen bei einigen Fällen von Knochensyphilis 137.
— 77.
Tichow, Über Sectio alta im Kindesalter 21.
Tiegheim 636.
Tillot 153.
Tipzew 137.
Török, L. 276. 331. 578.
— und Schein, Die Behandlung der Akne vulgaris mittels Röntgenstrahlen 93.
Tomaszewski, Bakteriologische Untersuchungen über den Erreger des Ulcus molle 89.
— Impfungen an Affen mit dem Erreger des Ulcus molle 91.
Tommasoli † 527.
— 548.
Tonkin, Schlufsfolgerungen aus Beobachtungen an 220 Fällen von Lepra bei Sudanesen 44.
Touton 420. 421.
Townsend, Das Ekzem vom Standpunkt des praktischen Arztes 460.
Towle, Pityriasis rosea 560.
Toyama, Über die Therapie von Psoriasis vulgaris mit Krankenvorstellung 349.
Tozzi, Totales subcutanes Emphysem 625.
Trautmann 496.
— und Fabry, Beiträge zur Pagetschen Erkrankung 495.
Trémolières, Indikationen und Resultate der Therapie der Alopecia areata durch Behandlung der Zähne und des Zahnfleisches 103.
— Das Radium in der Behandlung des Lupus 47.
— Die intramuskulären Quecksilbereinspritzungen bei Syphilis 568.
— 35.
Treutlein, A., Über kutane Infektion mit Milzbrandbazillen 87.
Triantaphylidès, Die Landrysche Krankheit nach Gürtelrose 299.
Tritschler 71.
Traka, Über Hydrocelen 154.
Trömmer 593.
Trommer 167.
Truffi, Über das Trichophytin 80.
Truneček 545.
Tschernogubow 77.
Tschistiakoff, Syphilitische Infektion durch die Neugeborenen in den Gebäranstalten 204.
Tschlenow, Ist die Lepra kontagiös? 44.
— Über die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Hermophenylinjektionen 63.
— 78.
Tsutrui, In welchem Stadium der Syphilis soll die Allgemeinbehandlung mit Quecksilber beginnen? 347.
— Referat über die Therapie der Bubonen 348.
Türck 413.
Türkheim, Referate 148. 149. 275. 277. 278. 344. 397. 493. 503. 505.
Turenne 596.
Tuffier, Ph., Die X-Strahlen in der Behandlung des Krebses 610.
— 154.
Turner, D., Über Radiumstrahlen und Radiumstrahlung 250.
Turner, G., Zur Ätiologie der Lepra 407.
Tyson 537. 538.

Uffelmann 372. 374.
Ullmann 527. 593.
Umbert und Emery, Ein Fall von Lichen verrucosus der Kopfhaut 344.
*Unna, Die X-Zellen des spitzen Kondyloms 1.
*— Die wirksamen Bestandteile der polychromen Methylenblaulösung und eine Verbesserung der Spongioplasmafärbung 119.
— 16. 17. 20. 28. 37. 90. 148. 181. 188. 191. 215. 225. 226. 227. 257. 258. 260. 262. 268. 270. 275. 276. 285. 290. 306. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 336. 367. 370. 372. 373. 375. 378. 379. 380. 381. 388. 389. 402. 405. 420. 430. 431. 432. 434. 435. 436. 437. 457. 464. 477. 493. 527. 528. 532. 533. 534. 535. 539. 540. 542. 543. 544. 545. 547. 550. 551. 566. 608. 611. 613. 614.
Urbar, Zur Geschichte der Pocken 100.

McVail, Eine Diskussion über die Impfgesetze und die Verhütung der Variola 355.

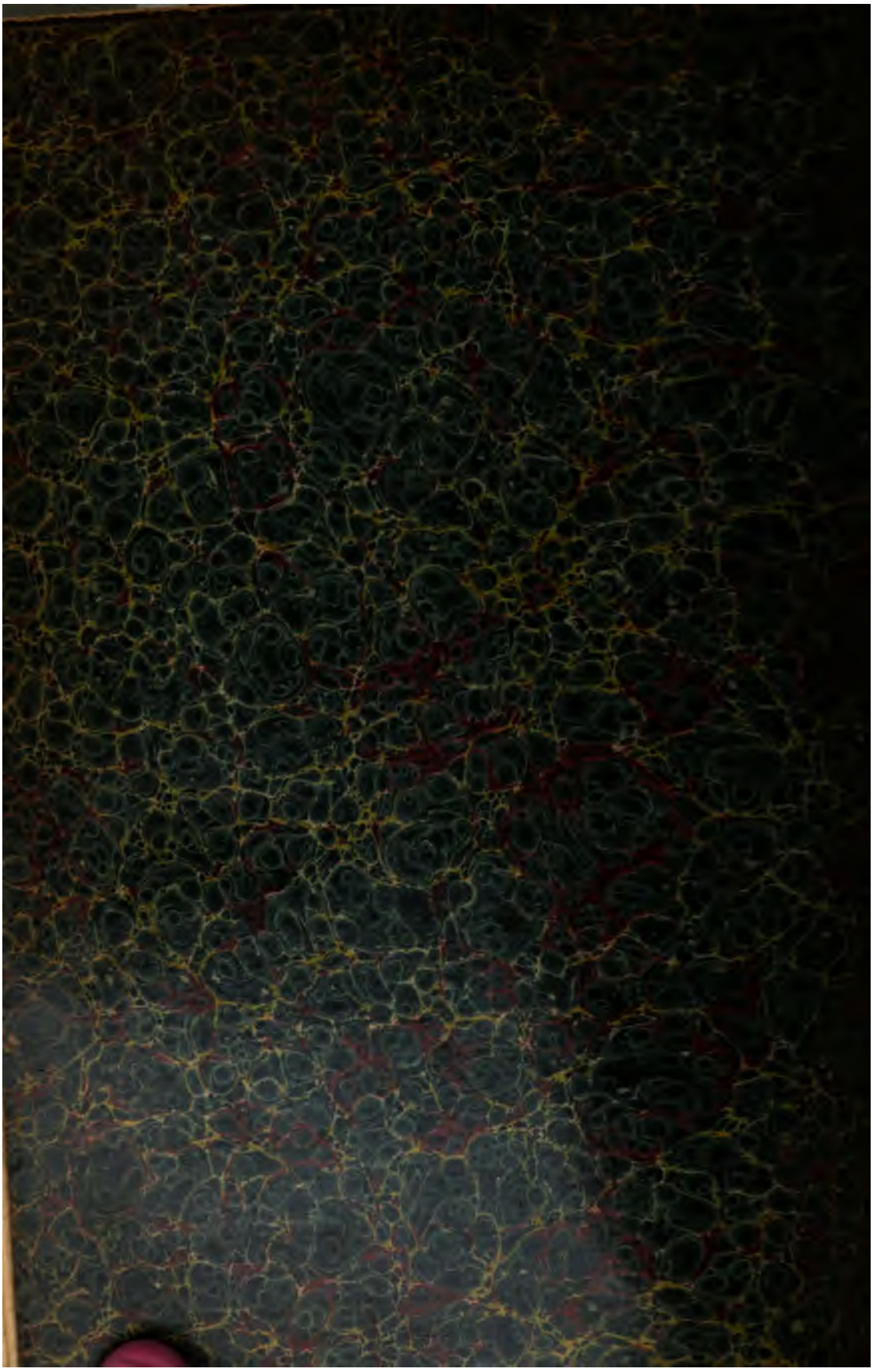
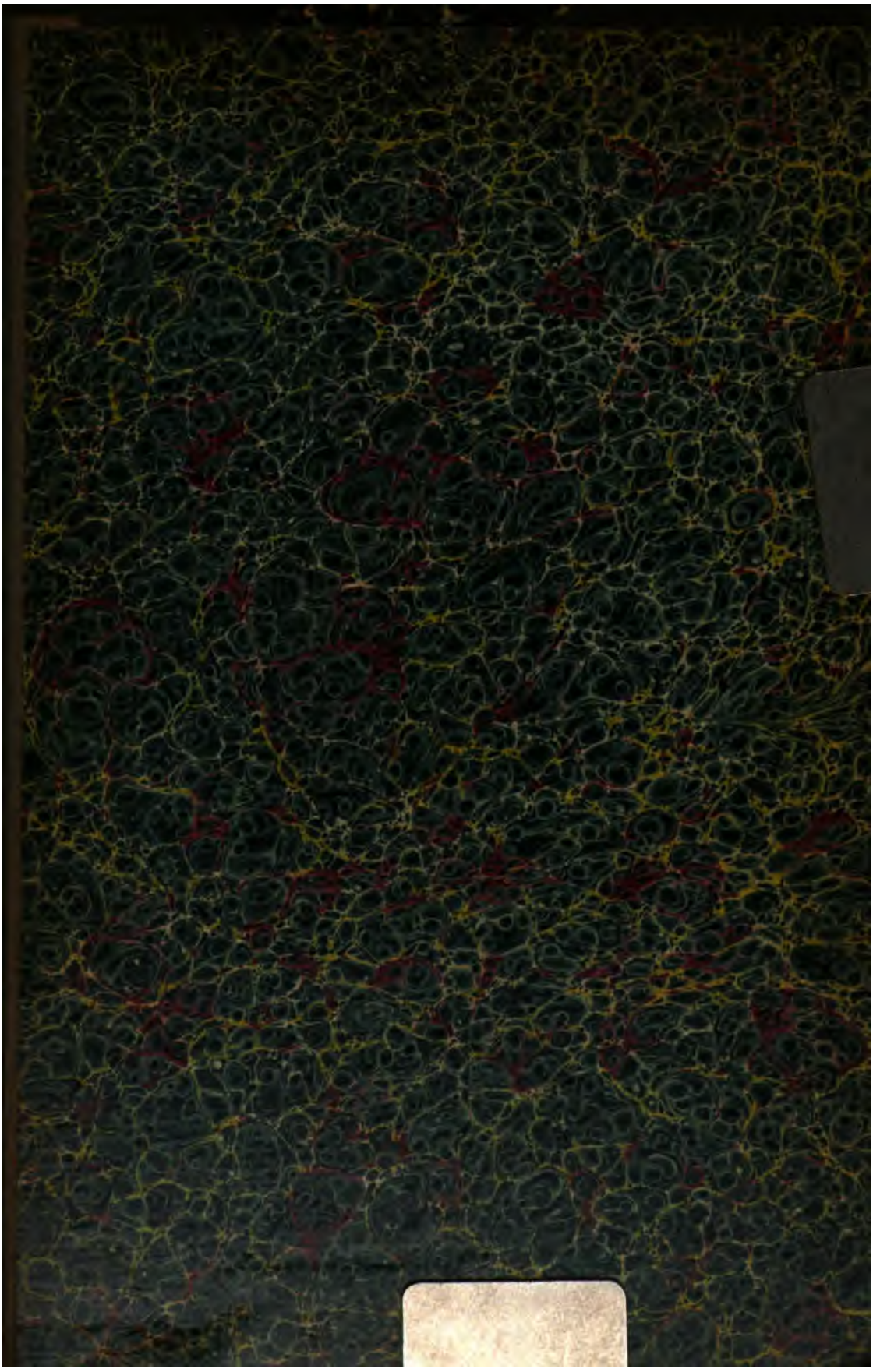
Valentine, F. C., Hilfsmittel der cystoskopischen Praxis 107.
Vance 579.
Vanverts, Die Torsion des Samenstranges 563.
Variot, Das rezidivierende Erysipel 92. — 153.
Varney, Erfahrungen mit Radiotherapie 247.
Vidal 154. 233. 555.
Viellard und Hallopeau, Eine noch nicht beschriebene papulo-exsudative Dermatose nach Pilocarpinvergiftung 503.
*Vignolo-Lutati, Histologische Untersuchungen über einige in der Dermatologie verwendete reduzierende Substanzen 257.
Vincent 575.
Vilches, Erythromelalgie und „Leukomelalgie" 298.
Villard 81. 565.
Virchow 201. 346. 603. 617.
Voelcker, A., Purpura in der Kindheit 296.
Vörner, H., Über die vaginale spezifische Behandlung schwangerer Frauen 448.
Voigt, L., Beobachtungen über Impfschäden und vaccinale Mischerkrankungen 41.
— Eine Novelle zum Impfgesetz der Niederlande 355.
— 420. 421. 423. 424. 425.
Voirol, A., Ein Beitrag zur Ätiologie und Kasuistik des Lupus erythematodes 620.
Volk, K., und Hitschmann, Placentarsyphilis 58.
Vorstaedter 252.
Vullich, Hartes traumatisches Ödem des Hand- und Fußrückens 292.
Vulpian 209.

Wadsinski 525.
Waelsch, L., Chronische blennorrhoische Prostatitis 172.
— Über Bazillenbefunde bei Syphilis 195.
— 67. 314. 343.
Wagner, E. L. 465.
Wagner, H., Die Behandlung von granulierenden Hautwunden 296.
v. Waldheim, F., Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Haut 350.
Waldeyer 537. 538.
Walker, E., Einige Erfahrungen mit den X-Strahlen in therapeutischer Beziehung. Bericht über die Heilung eines Falles von alveolärem Melanosarkom 97.
Waller 596. 605.
Wallhauser, Ein Fall von Aktinomykosis 341.
McWalter, Fieber, blätterige Abschuppung, masernartiger Ausschlag und Albuminurie als Wirkung von Copaiva 298.
Wandel, Zur Frage des Tier- und Menschenfavus 87.
Wannier 427.
War 209.
Warlomont und Pechère, Beitrag zur Impffrage 357.
Warker, N., Über eine neue Art von Lichtanwendung bei der Behandlung des Lupus erythematosus 104.
Washburn, Eine schmarotzende Made, Gastrophilus epilepsalis (?) in der Hand eines Kindes 625.
Wassert hal, Beitrag zur Kasuistik und Ätiologie der Cystinurie 163.
Watson, Ch., Die Keratosis pilaris und ihre pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Haut 197.
Weber, Emil, Zur Statistik der tertiären Syphilis nebst einer Statistik über extragenitale Primäraffekte 57.
Weber, F. P., Ein Fall von Erythromelalgie 339.
— 58.
Weber, H., und Birnbaum, Über pustulöse Typhusroseola nebst bakteriologischen Untersuchungen 577.
Weber, R. 544.
Webster, C. J., Ein Fall von gelungener Entfernung einer vergrößerten Milz mit gedrehtem Stiel, adhärent der rechten Seite des Beckens, bei einer Frau mit zahlreichen Knotenbildungen und Pigmentierungen der Haut 617.
Wechselmann, W., Über Dermoidcysten und paraurethrale Gänge der Genitoperinealraphe 192.
— Erythema induratum Bazin 392.
— Atrophodermia erythematosa maculosa (Lichen planus atrophicus) 392.
— 134. 231. 331.
Weidenfeld, Zur Histologie des Pemphigus vegetans 140.
Weigert 247. 308. 309. 310. 371. 372. 373. 375. 376. 378. 379. 380. 381. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436.
Weil, L., Der Gefrierpunkt des Urins bei Nierenkrankheiten 501.
Weir-Mitchell 298.
Weischer, Zur Behandlung sog. inoperabler Gesichtsangiome 92.
Weiss, Die Therapie der Syphilis 567.
Weiss, L., Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, soweit eine solche durchführbar ist 244.
Weitlauer, Zur Verhütung einer bestimmten Art extragenitaler Syphiliseinschleppung 51.
Welander, Über die Behandlung der Augenblennorrhoe mit Albargin 139.

Welander, Insonte, oberflächliche (Ano-) Genitalgeschwüre bei Frauen 336.
— 19. 55. 181. 346. 567. 569.
Wende, G. W., Ein Fall von Epidermolysis bullosa mit ungewöhnlichen Erscheinungen 185.
— Ein Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria 237.
— 184.
Werner 45.
Werther, Über die Lichtbehandlung des Lupus mit der Finsen-Reynschen Lampe, und die verwandten physikalischen Methoden 411.
— Über Pseudoxanthoma elasticum 494.
— 412.
Westenhoeffer 46.
Westphal, Zur Berufskrankheit „Akne" 577.
Wheeler, Vierzehn Blatternfälle von der Buffaloer Epidemie 1901/02 353.
White, C. J., Eine klin. Studie über 485 Fälle von Erkrankungen der Nägel 186.
— 184. 187. 189.
Whitehead, W. H., Phosphaturie 459.
— Blennorrhoea profunda 557.
Whitfield, A., Über die Plasmazellen, die kleinen Rundzellen und die Zellen der chronischen Entzündungen im allgemeinen 197. 339.
— Beitrag zur Ätiologie der Alopecia areata 620.
— 584.
Wickham 339.
Wiegmann, P., Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus vegetans 87.
van Wijhe 374.
Wild, R. B., Licht- und Röntgenbestrahlung des Lupus 47.
Wildbolz, H., Über die akute Spermatocystitis 31.
Willan 462.
Willaven, Polyarthritis syphilitica 56.
Williams, C. 343.
Williams, F. H., Die Anwendung der X-Strahlen bei der Behandlung von Hautkrankheiten, manchen Formen von Carcinom, des Drüsenapparates und anderen Krankheiten und als schmerzstillendes Mittel 249.
Williams, W., Über Torsion der Testikel 151.
Wilson 421.
Wilson, T. C., und F. J. Kalteyer, Bericht über einen Fall von Sarcomatosis cutis nebst einer analytischen Zusammenstellung von 50 anderen, aus der neueren Literatur gesammelten Fällen 613.
Winfield, Dermatosen bei Irren. Ein Bericht über Nachforschungen bei den Insassen des Long Island State Hospital for the insane 189.
Winkelmann 155.
Winkler, C. 36. 404.
Winkler, M., Über eine eigenartige benigne Streptomycosis bullosa in der Blindenanstalt Könitz bei Bern 571.
Winogradow, Zur Frage der Glykogendegeneration 205.
Winslow, F. Chr. 314.
Winter 514.
Winternitz, W. 164. 322. 323. 324. 325. 326.
Wisniewski, Beitrag zur Syphilis der Kinder 515.
Witt, N. O. 131.
Witte, O., Über extragenitale Primäraffekte 51.
Wittmaack, Die Behandlung des Schleimhautlupus der Nase mit Pyrogallussäure 48.
Witzel, O., Die Behandlung der Prostatahypertrophie 157.
Wolf, A. 67. 168.
Wolff, Max 46.
Wolters, M., Über einen Fall von Lupus nodularis hämatogenen Ursprunges 497.
— 135. 309.
Woltke, Zur Kasuistik der Herzsyphilis 53.
Wolzendorff, Die Sexualhygiene des Alten Testaments 394. 503.
Wossidlo 67. 74.
Woyer, G., Über die Wirkung des Ichthargans bei den blennorrhoischen Erkrankungen des Weibes 211.
— Geburtsstörung durch Narbenstenose des Muttermundes infolge von Syphilis 514.
Wright, J. H., Protozoen in einem Falle von tropischem Geschwür („Aleppo-Beule") 236.
Wyeth, Die Behandlung von Gefäfstumoren mit Injektion von heifsem Wasser 615.

Yabe, Demonstration einer Kultur Ducreyschen Bacillus nach Besançon, Griffon et Sourd 348.
Yamada, Über eine in der Gegend von Shanghai herrschende Hautkrankheit — Oedema cutis circumscriptum acutum? 346.
— Demonstration eines Falles von Syphilis pustulosa mit Periostitis tibiae 348.
— Über einen elektrischen Harnröhrenwärmer zur Behandlung der Blennorrhoe 349.
— Statistische Mitteilung über die Verbreitung der Lepra bei den Wehrpflichtigen in Japan 349.
— und Iwasaki, 1. Bakteriologische Untersuchung des Nasensekretes bei den Leprösen. 2. Über die Lokalisation der leprösen Hautveränderungen 349.

Yamane 348.
Yama. Ein Fall von Mykosis fungoides 349.
Young, H. H., Über einen Fall von doppeltem Nierenbecken und Ureter bifidus. Katheterisation des gesunden Teiles. Fehldiagnose. Tod nach der Operation 21.
— Ein neuer elektro-kaustischer Inzisor für die Bottinische Operation bei Prostatahypertrophie 158.
— Verengerung des unteren Endes eines Ureters, verursacht durch den Druck einer entzündeten Samenblase 279.

Zabludowskaja, Über blennorrhoische Urethritiden bei Knaben 171.
Zambaco 25. 603.
Zangger, Zur Kasuistik der toxischen scarlatiniformen Exantheme 294.
Zechmeister 188.
Zeisler, J., Radiotherapeutische Beobachtungen 188. 247.
— Über Lichen planus 578.
Zeisler, J. 248. 410.
Zeiss 569.
Zeissl, Hermann 603.
v. Zeissl, M., Die Behandlung der Syphilis mit Jodklysmen 568.
— 211. 329. 330. 509. 596. 602. 605.
Zenker 534. 535. 536.
Ziegelroth 441. 442.
Ziegler 196.
Ziemssen, O., Über Urethritismus 109. 633.
Ziemssen 594.
Ziemann, Bericht über das Vorkommen des Aussatzes, Lepra usw. in Kamerun 42.
Zimmermann, C., Retinitis albuminurica bei Syphilis 55.
Zimmermann, K., Ein Fall von Staphylomycosis 574.
Zittmann 321. 574.
Znamenski, Ein Fall von lokaler Ichthyose 83.
Zuckerkandl, Über die Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata 159.
— 449.

41C 1608 ~~41B~~ ~~3411~~